



Regione
Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

A) CONSIGLIO REGIONALE

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1266

Ordine del giorno concernente l'implementazione del modello pilota regionale di servizio gratuito di assistenza ostetrica domiciliare (d.g.r. XII/4892) 3

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1267

Ordine del giorno concernente il progetto pilota fibrosi cistica: somministrazione test per l'identificazione del portatore sano 3

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1268

Ordine del giorno concernente gli interventi per il potenziamento dei servizi e delle risorse dedicate alla malattia di Alzheimer e alle altre forme di demenza 4

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1269

Ordine del giorno concernente il rifinanziamento della legge regionale 8 agosto 2025, n. 15 (Valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili) 5

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1270

Ordine del giorno concernente il potenziamento di shock room nei nuovi Pronto Soccorso 5

Deliberazione Consiglio regionale 19 dicembre 2025 - n. XII/1271

Ordine del giorno concernente la fibromialgia - formazione dei medici di assistenza primaria. 6

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Seduta di Giunta regionale n. 156 del 2 febbraio 2026

Ordine del giorno - Deliberazioni approvate (dalla n. 5681 alla n. 5710) 7

Ordine del giorno integrativo - Deliberazione approvata (n. 5711) 8

Delibera Giunta regionale 2 febbraio 2026 - n. XII/5687

Misura a sostegno di manifestazioni sportive sul territorio lombardo per il periodo 1° ottobre 2025 - 30 giugno 2026 (d.g.r. n. 4329 del 12 maggio 2025) - Incremento dotazione finanziaria primo trimestre (ottobre - dicembre 2025) e secondo trimestre (gennaio - marzo 2026) 9

Delibera Giunta regionale 2 febbraio 2026 - n. XII/5696

Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione della l.r. n. 23/2020 «Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche»: riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale 11

D) ATTI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

D.G. Enti locali, montagna, risorse energetiche, utilizzo risorsa idrica

Decreto dirigente unità organizzativa 29 gennaio 2026 - n. 990

D.lgs. n. 190 del 25 novembre 2024, d.lgs. n. 387 del 29 dicembre 2003, d.p.r. n. 327 del 8 giugno 2001, r.r. n. 2 del 24 marzo 2006 - Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - sede legale Via Andrea Gritti nn. 21/25 - Bergamo) - Pratica BG D/550 - Concessione di derivazione con d.d.u.o. n. 252 del 15 gennaio 2021, regolato da disciplinare integrativo n. 3811 del 12 gennaio 2021. Autorizzazione Unica per la realizzazione dell'impianto idroelettrico denominato «Chiavica» ad acqua fluente sulla roggia Morlana in comune di Nembro, dichiarazione di pubblica utilità ed apposizione del vincolo preordinato all'esproprio 96

D.G. Istruzione, formazione, lavoro

Decreto dirigente unità organizzativa 30 gennaio 2026 - n. 1122

Disposizioni sui percorsi di formazione professionalizzanti extra DDIF 103

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

D.G.Territorio e sistemi verdi**Decreto dirigente unità organizzativa 30 gennaio 2026 - n. 1109**

Aggiornamento delle specifiche tecniche per l'interoperabilità e l'interscambio delle informazioni contenute nelle pratiche edilizie a seguito dell'adeguamento della modulistica edilizia regionale concernente la segnalazione certificata per l'agibilità di cui alla d.g.r. XII/5001 del 15 settembre 2025111

Consiglio regionale**D.d.u.c. 20 gennaio 2026 - n. 12**

Pubblicazioni ai sensi della legge 5 luglio 1982, n. 441, della legge regionale 19 luglio 1982, n. 41 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - anno 2025112

A) CONSIGLIO REGIONALE

D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1266

Ordine del giorno concernente l'implementazione del modello pilota regionale di servizio gratuito di assistenza ostetrica domiciliare (d.g.r. XII/4892)

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 55 |
| Votanti | n. | 54 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 54 |
| Voti contrari | n. | 0 |
| Astenuti | n. | 0 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1750 concernente l'implementazione del modello pilota regionale di servizio gratuito di assistenza ostetrica domiciliare (d.g.r. XII/4892), nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- il puerperio rappresenta uno dei momenti più delicati nella vita di una donna e della sua famiglia, in cui si intrecciano fragilità fisiche, cambiamenti emotivi e, non di rado, sintomi di disagio psicologico e per questi motivi un accompagnamento competente e tempestivo nelle prime settimane è riconosciuto come determinante per il benessere materno-infantile;
- secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle «WHO Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience,» dopo il parto madre e neonato dovrebbero ricevere almeno quattro contatti programmati con un professionista sanitario: entro 24 ore, al giorno 3 (48-72 ore), tra 7 e 14 giorni e alla sesta settimana dopo la nascita e viene indicato che tali contatti possano svolgersi al domicilio, mediante visite di personale sanitario qualificato, poiché ciò facilita il riconoscimento precoce delle criticità migliorando i risultati di salute per madre e neonato, riduce gli accessi ospedalieri per complicanze oltre a promuovere il benessere psicologico della madre;

considerato che

con la deliberazione della Giunta regionale n. XII/4892 del 1 agosto 2025, Regione Lombardia ha approvato il modello pilota «Continuità assistenziale ostetrica: la prima visita domiciliare alle donne dopo il parto a cura dell'ostetrica/o», definendo linee di indirizzo cliniche e organizzative, criteri di priorità, modalità di presa in carico per rispondere alla necessità, spesso rilevata dagli operatori sanitari, di colmare il vuoto che può crearsi tra la dimissione ospedaliera e il rientro a casa, accompagnando la madre con un intervento professionale precoce e qualificato;

impegna la Giunta regionale e l'Assessore competente

compatibilmente con le risorse di bilancio:

- a operare nell'ambito del bilancio regionale per incrementare le risorse destinate al servizio di assistenza ostetrica domiciliare così da consentire l'estensione e la stabilizzazione della misura in tutte le ASST lombarde, per garantire equità territoriale e piena accessibilità al servizio;
- a prevedere che i monitoraggi semestrali indicati dalla deliberazione della Giunta regionale n. XII/4892/2025 siano trasmessi alla Commissione consiliare competente entro 30 giorni dal loro ricevimento, così da consentire anche al Consiglio regionale una valutazione tempestiva dell'evoluzione del servizio.».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1267

Ordine del giorno concernente il progetto pilota fibrosi cistica: somministrazione test per l'identificazione del portatore sano

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 54 |
| Votanti | n. | 53 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 53 |
| Voti contrari | n. | 0 |
| Astenuti | n. | 0 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1751 concernente il progetto pilota fibrosi cistica: somministrazione test per l'identificazione del portatore sano, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- la fibrosi cistica (FC) è la più comune tra le malattie genetiche gravi ed è dovuta alla mutazione del gene CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator); nasce malato di FC chi ha ereditato due copie del gene CFTR mutato, una dal padre e una dalla madre, portatori sani del gene;
- nella popolazione generale la frequenza del portatore di fibrosi cistica è pari a 1 su 30; a ogni gravidanza, una coppia di portatori sani ha il 25 per cento di probabilità di avere un figlio malato (se entrambi trasmettono la copia mutata), il 50 per cento di avere un figlio portatore sano e il 25 per cento di avere un figlio sano; si stima che ogni 2.500-3.000 dei bambini nati in Italia, 1 è affetto da FC (circa 200 nuovi casi all'anno);

rilevato che

- nonostante la FC sia una malattia con un importante impatto sulla salute e sulla qualità e aspettativa di vita, vi è una scarsa conoscenza della patologia, così come del test che identifica i portatori;
- il servizio sanitario offre il test per l'identificazione del portatore di varianti del gene CFTR a soggetti considerati ad alto rischio di poter mettere alla luce un bambino affetto da FC, vale a dire a persone con parenti diretti affetti o portatori di FC e, in alcune Regioni, alle coppie che intraprendono percorsi di procreazione medicalmente assistita;
- per le coppie della popolazione generale (quelle in cui non vi sono casi conosciuti di FC) il costo del test pari a 250-300 euro è a carico di chi lo richiede;

evidenziato che

la Regione Veneto offre il test (di 1° livello) e la consulenza genetica a carico del servizio sanitario (con quindi il solo pagamento del ticket di concorso alla spesa) anche alle coppie che non hanno parenti con la malattia;

richiamati

gli impegni assunti dal Consiglio regionale in occasione dell'approvazione dell'ordine del giorno n. 671 relativo al Piano socio sanitario regionale 2024-2028, ovvero realizzare campagne di comunicazione per migliorare la consapevolezza dei cittadini in merito alla FC e promuovere il test che consente di identificare i soggetti portatori sani;

invita la Giunta regionale e l'Assessore competente

compatibilmente con le risorse a bilancio, a promuovere i test per la fibrosi cistica nelle coppie che intraprendono percorsi di procreazione medicalmente assistita come PGT - M (test malattie monogeniche).».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

**D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1268
Ordine del giorno concernente gli interventi per il potenziamento dei servizi e delle risorse dedicate alla malattia di Alzheimer e alle altre forme di demenza**

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 59 |
| Votanti | n. | 58 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 58 |
| Voti contrari | n. | 0 |
| Astenuti | n. | 0 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1752 concernente gli interventi per il potenziamento dei servizi e delle risorse dedicate alla malattia di Alzheimer e alle altre forme di demenza, nel testo che così recita:

 «Il Consiglio regionale della Lombardia
premesse che

- la malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza degenerativa; secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel mondo si registrano oltre 55 milioni di casi; in Italia, le persone colpite da demenza sono 1 milione e 200 mila, di cui 600 mila affette da Alzheimer; nella nostra Regione si stimano oltre 190.000 pazienti con demenza, cui si aggiungono circa 160.000 persone con decadimento cognitivo lieve (Mild Cognitive Impairment - MCI); numeri destinati a crescere in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione (le stime annunciano un raddoppio del numero dei pazienti entro il 2050);
- oltre 3 milioni di familiari e caregiver sono, in Italia, quotidianamente impegnati nell'assistenza alle persone con demenza, spesso soli, privi di adeguato sostegno economico e con un sistema pubblico che fatica a garantire interventi tempestivi ed efficaci; a questo si aggiunge uno stigma sociale nei confronti della patologia, che induce pazienti e famiglie a celare o minimizzare i sintomi, in particolare nelle fasi iniziali e durante le prime valutazioni cliniche;

osservato che

- diagnosticare precocemente la malattia di Alzheimer, nelle fasi di declino cognitivo lieve (MCI) o di demenza lieve, è fondamentale per offrire trattamenti adeguati e, allo stesso tempo, costruire insieme al paziente e alla sua famiglia un percorso di cura sereno; tuttavia, meno del 20 per cento delle persone riceve oggi una diagnosi accurata e tempestiva;
- oltre al fondamentale ruolo dell'assistenza primaria nell'individuare i primi segnali della patologia e indirizzare ai centri specialistici per un corretto inquadramento clinico, è indispensabile offrire alle famiglie sia servizi residenziali - che garantiscano cura e assistenza, assicurando al tempo stesso ritmi di vita e stimoli riabilitativi adeguati alle capacità cognitive e funzionali delle persone affette da demenza (nuclei Alzheimer) - sia servizi semiresidenziali dedicati ad anziani non autosufficienti o a rischio elevato di perdita dell'autonomia, portatori di bisogni non facilmente gestibili a domicilio ma non ancora tali da richiedere il ricovero a tempo pieno in RSA;

considerato che

nelle oltre 700 RSA presenti in Regione Lombardia si contano 181 nuclei Alzheimer, per un totale di poco più di 4.500 posti letto a contratto, sugli oltre 57.000 posti complessivamente contrattualizzati; i Centri diurni integrati (CDI) attivi sul territorio regionale sono 316, con una disponibilità complessiva di circa 7.800 posti;

richiamati

- i principi programmatici delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2024-2028, che prevedono l'implementazione di posti letto e dei nuclei Alzheimer, attraverso l'attivazione di ulteriori percorsi di accreditamento e successiva

contrattualizzazione e, parimenti, l'incremento dei posti a contratto nei Centri diurni integrati (CDI) in relazione ai fabbisogni e con un'attenzione particolare ai territori montani o periferici;

- l'ordine del giorno n. 620 collegato al PSSR 2024-2028 - approvato all'unanimità - con cui si impegna la Giunta, fra le varie azioni di sostegno all'assistenza alla popolazione anziana, a favorire la diffusione delle comunità amiche delle persone con demenza (Dementia Friendly Community): comunità urbane in cui la persona con decadimento cognitivo non è tenuta al margine, ma inclusa in ogni attività quotidiana tenendo conto, anche nella patologia, delle sue individualità e delle sue competenze;

richiamata altresì

la recente giurisprudenza che ha affermato come le prestazioni socioassistenziali a elevata integrazione sanitaria debbano essere interamente a carico dello Stato, riconoscendo alle famiglie il diritto a non corrispondere la retta mensile nei casi in cui i propri cari, ricoverati nelle Residenze Sanitarie per Anziani, siano affetti da Alzheimer o da patologie neurodegenerative, generando una situazione di confusione e incertezza;

evidenziato che

- negli ultimi anni il progresso scientifico ha aperto nuove prospettive terapeutiche, rendendo disponibili farmaci innovativi per la malattia di Alzheimer in grado di rallentare il decadimento cognitivo, soprattutto se somministrati in fase precoce, con impatti positivi sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie;
- il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale regionale (PDTA-R - approvato con deliberazione della Giunta regionale n. XII/1553/2023) non include le recenti e innovative opzioni farmacologiche, il che impone un adeguamento del percorso assistenziale così da allinearlo alle nuove opportunità terapeutiche, garantire l'accesso alle terapie innovative e assicurare trattamenti appropriati, per una migliore presa in carico dei pazienti;

 impegna la Giunta regionale e
l'Assessore competente

compatibilmente con le risorse di bilancio:

- a favorire la diffusione delle comunità amiche delle persone con demenza (Dementia Friendly Community): comunità urbane in cui la persona con decadimento cognitivo non è tenuta al margine, ma inclusa in ogni attività quotidiana, con un'attenzione particolare alla sua fragilità, tenendo conto, anche nella patologia, delle sue individualità e competenze, consentendo una migliore esperienza di vita per la persona stessa e la sua famiglia, dando pienamente seguito all'impegno assunto con l'approvazione dell'ordine del giorno n. 620 collegato al Piano socio sanitario regionale 2024-2028;
- a nelle more di un intervento legislativo nazionale, emanare proprie Linee guida volte a definire con chiarezza la ripartizione degli oneri relativi alle prestazioni socioassistenziali a elevata integrazione sanitaria erogate a favore delle persone affette da Alzheimer o da patologie neurodegenerative;
- a implementare percorsi per la formazione e informazione dei medici di assistenza primaria e delle strutture territoriali, così da favorire l'acquisizione delle competenze per l'individuazione tempestiva dei sintomi, superando l'attuale insufficiente coinvolgimento dei servizi di base nella fase di intercettazione precoce dei primi sintomi e segni di declino cognitivo.».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1269
Ordine del giorno concernente il rifinanziamento della legge regionale 8 agosto 2025, n. 15 (Valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili)

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 57 |
| Votanti | n. | 56 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 56 |
| Voti contrari | n. | 0 |
| Astenuti | n. | 0 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1753 concernente il rifinanziamento della legge regionale 8 agosto 2025, n.15 (Valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili), nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia
premessi che

- la legge regionale 8 agosto 2025, n. 15 (Valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili) promuove la valorizzazione e la tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili, riconosciuti come elementi identitari, ambientali e agroecologici di rilevante interesse regionale;
- con deliberazione della Giunta regionale n. XII/5152 del 13 ottobre 2025 è stato integrato il programma pluriennale delle attività ERSAF 2025-2027 e il relativo prospetto di accordo con l'attività relativa alla valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili, dando atto che le risorse per il 2025 quantificate nella norma finanziaria della l.r. 15/2025 in 100.000,00 euro sono affidate a ERSAF e trovano adeguata copertura sul capitolo di bilancio 16.01.104.017353;

considerato che

- i paesaggi agrari tradizionali della pianura lombarda e i prati stabili rappresentano un patrimonio ambientale e culturale unico, con funzioni rilevanti in termini di biodiversità, qualità del suolo, mitigazione climatica e attrattività territoriale;
- le progettualità attivate da ERSAF nel 2025 hanno registrato un significativo interesse e hanno evidenziato l'importanza di un sostegno regionale stabile e pluriennale per garantire interventi continuativi e programmabili;
- l'impegno regionale pluriennale favorisce la conoscenza del valore ecologico, botanico e agronomico dei prati, essenziale per impostare una prospettiva, anche scientifica, di medio lungo termine;
- un rifinanziamento della l.r. 15/2025 per gli anni 2026 e 2027 risulta essenziale per consolidare gli interventi e accompagnare gli stakeholder nelle attività di tutela e valorizzazione del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili;

rilevato che

- un impegno regionale costante nel tempo favorisce interventi più efficaci e permette di costruire reti territoriali, partenariati e progettualità in grado di generare ricadute ambientali e socioeconomiche durature;
- garantire risorse certe contribuisce a costruire un sistema di valorizzazione e mantenimento dei prati stabili di pianura, nonché di educazione alle attività sociali e culturali correlate;

impegna la Giunta regionale e
l'Assessore competente

a rifinanziare la legge regionale 8 agosto 2025, n.15 (Valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili), compatibilmente con le risorse disponibili a bilancio,

destinando adeguate risorse alle annualità 2026 e 2027, per assicurare continuità alle attività e al sostegno previsto per la valorizzazione e tutela del paesaggio della pianura lombarda e dei prati stabili, alle azioni avviate nel 2025, per promuovere in questo modo interventi strutturali, duraturi e coordinati con gli enti locali, i soggetti gestori e il mondo agricolo, nonché favorire lo sviluppo di progettualità integrate coerenti con le finalità della legge stessa.».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1270
Ordine del giorno concernente il potenziamento di shock room nei nuovi Pronto Soccorso

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 63 |
| Votanti | n. | 62 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 62 |
| Voti contrari | n. | 0 |
| Astenuti | n. | 0 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1754 concernente il potenziamento di shock room nei nuovi Pronto Soccorso, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia
premessi che

il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 - Salute, prevede investimenti significativi per il rinnovamento e la modernizzazione delle infrastrutture sanitarie, con particolare riferimento ai Pronto Soccorso e ai percorsi tempo-dipendenti;

atteso che

- la shock room è un'area iper-attrezzata all'interno del Pronto Soccorso dedicata ai pazienti in immediato pericolo di vita (codice rosso), come politraumi, infarti, ictus o arresti cardiaci, dove è possibile gestire i casi più gravi con supporto vitale avanzato, grazie a tecnologie sofisticate e personale altamente specializzato per interventi salvavita tempestivi;
- la shock room rappresenta l'area più critica del percorso emergenza-urgenza, dove l'accesso immediato a informazioni integrate, il coordinamento del trauma team e l'efficienza dei flussi clinici costituiscono fattori determinanti per la sopravvivenza e la qualità dell'intervento;

osservato che

- l'evoluzione tecnologica e l'introduzione di sistemi basati sull'Intelligenza Artificiale (IA) consentono oggi di supportare il personale sanitario nella gestione dei dati clinici, nel triage avanzato, nel monitoraggio dei parametri vitali e nell'ottimizzazione dei flussi diagnostici;
- un ambiente di shock room «intelligente» consente di integrare direttamente i dati provenienti dai vari strumenti diagnostici e sistemi informativi, rendendoli subito disponibili, automatizzando la gestione delle informazioni e i tempi procedurali;
- l'investimento in tecnologie innovative basate sull'AI e la riorganizzazione funzionale delle shock room favorisce una maggiore tempestività nella risposta alle emergenze, ottimizzando i flussi clinici, l'operatività del personale sanitario, contribuendo alla sicurezza dei pazienti;

impegna la Giunta regionale e
l'Assessore competente

compatibilmente con le risorse di bilancio e fatto salvo il rispetto degli standard strutturali specifici previsti dal d.l. 14 gennaio 1997 e dalla deliberazione della Giunta regionale n. 38133 del 6

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

agosto 1998, a operare nell'ambito del bilancio regionale al fine di stanziare risorse dedicate alla progettazione e realizzazione nei nuovi Pronto Soccorso di shock room dotate di soluzioni digitali avanzate e sistemi basati sull'Intelligenza Artificiale, così da favorire una maggiore tempestività nella risposta alle emergenze, ottimizzando i flussi clinici, l'operatività del personale sanitario e la sicurezza dei pazienti.».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

D.c.r. 19 dicembre 2025 - n. XII/1271
Ordine del giorno concernente la fibromialgia - formazione dei medici di assistenza primaria

Presidenza del Presidente Romani

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n. 146 concernente «Bilancio di previsione 2026 - 2028»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

| | | |
|--------------------------|----|----|
| Presenti | n. | 50 |
| Votanti | n. | 49 |
| Non partecipanti al voto | n. | 1 |
| Voti favorevoli | n. | 45 |
| Voti contrari | n. | 3 |
| Astenuti | n. | 1 |

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 1757 concernente la fibromialgia - formazione dei medici di assistenza primaria, nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- la sindrome fibromialgica, o fibromialgia, è una malattia reumatica classificata come sindrome dolorosa cronica a eziologia sconosciuta, caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso, stanchezza cronica, disturbi del sonno e da una varietà di sintomi disfunzionali di accompagnamento; da un punto di vista epidemiologico, colpisce dal 2 al 5 per cento della popolazione, prevalentemente di sesso femminile, con un picco di prevalenza fra i 35 e i 55 anni;
- nella nostra Regione l'assistenza ai pazienti con fibromialgia è strutturata su diversi livelli di intensità di cura: casi lievi e moderati a carico dei medici di base e degli ambulatori reumatologici periferici; casi severi presso gli ospedali multispecialistici e i Centri ospedalieri di riferimento (d.g.r. XI/7880/2023);

osservato che

- la complessità dei sintomi che caratterizzano la sindrome fibromialgica, unitamente alla sua frequente coesistenza con altre patologie reumatiche, rende complesso il percorso diagnostico; complessità che comporta spesso un significativo ritardo nell'identificazione della malattia, con conseguente ricorso a numerosi esami e visite specialistiche, oltre all'accesso al Pronto Soccorso durante le fasi acute della sintomatologia;
- l'attuale assenza di biomarcatori diagnostici sensibili e specifici rende la diagnosi prevalentemente clinica; approccio che richiede competenze specialistiche e un'adeguata formazione per consentire il riconoscimento corretto della patologia;
- una diagnosi corretta e precoce della sindrome fibromialgica è fondamentale per ridurre la sofferenza dei pazienti, nonché per ottimizzare l'impiego delle risorse della collettività;

ricordato che

il medico di assistenza primaria rappresenta la prima figura di contatto con il Servizio sanitario, svolgendo un ruolo centrale nel primo inquadramento diagnostico del paziente; la sua funzione è fondamentale per orientare il percorso clinico e favorire una presa in carico appropriata del suo assistito;

richiamata

l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, che aggiornano quanto previsto dal d.p.c.m. 12 gennaio del 2017 includendo la sindrome fibromialgica, limitatamente alle forme più severe (FIQR>82), tra le patologie croniche e invalidanti, riconoscendo il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria ai soggetti che ne sono affetti;

impegna la Giunta regionale e
l'Assessore competente

compatibilmente con le risorse di bilancio, a operare nell'ambito del bilancio regionale al fine di stanziare le risorse adeguate a sostenere:

- attività formative e di aggiornamento rivolte ai medici di assistenza primaria al fine di favorire l'individuazione precoce della fibromialgia e il corretto indirizzo del paziente nel percorso di cura, dando piena attuazione a quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. XI/7880/2023, anche alla luce dell'inserimento della sindrome fibromialgica nei Livelli essenziali di assistenza;
- campagne di sensibilizzazione e informazione sulla fibromialgia, dirette in particolare a diffondere una maggiore conoscenza dei sintomi della malattia e a promuovere il ricorso al medico di medicina generale al fine di favorire una diagnosi precoce e corretta della malattia.».

Il presidente: Federico Romani

I consiglieri segretari: Alessandra Cappellari e Jacopo Scandella

Il segretario dell'assemblea consiliare:

Emanuela Pani

C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

Seduta di Giunta regionale n. 156 del 2 febbraio 2026
Ordine del giorno - Deliberazioni approvate (dalla n. 5681 alla n. 5710)

A) PROPOSTE DI ALTA AMMINISTRAZIONE

DIREZIONE CENTRALE AG AFFARI ISTITUZIONALI, GENERALI E SOCIETÀ PARTECIPATE (Relatore il Presidente Fontana)

5681 - PROPOSTA DI PROGETTO DI LEGGE RECANTE «TESTO UNICO IN MATERIA DI SIMBOLI IDENTITARI DELLA REGIONE E ONORIFICENZE DEL CONSIGLIO REGIONALE»

(Relatore il Presidente Fontana)

5682 - NOMINA DI UN COMPONENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA PIA FONDAZIONE DI VALLE CAMONICA ONLUS

5683 - NOMINA DI UN MEMBRO DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE CASA DELL'ORFANO MONS. GIOVANNI ANTONIETTI

5684 - NOMINA DI DUE MEMBRI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA FONDAZIONE PIETRO SISSA

DIREZIONE CENTRALE AM BILANCIO E FINANZA (Relatore il Vicepresidente Alparone)

5685 - VARIAZIONI AL BILANCIO DI PREVISIONE 2026-2028 (D.LGS. 118/11 - L.R. 19/12 ART. 1, CO. 4) - 4° PROVVEDIMENTO

B) PROPOSTE DI ORDINARIA AMMINISTRAZIONE

DIREZIONE CENTRALE AG AFFARI ISTITUZIONALI, GENERALI E SOCIETÀ PARTECIPATE

AG61 - AVVOCATURA, AFFARI EUROPEI E SUPPORTO GIURIDICO

(Relatore il Presidente Fontana)

5686 - PROPOSIZIONE DI CONTRORICORSO NEL GIUDIZIO, PROMOSSO AVANTI LA SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE, PER LA CASSAZIONE DELLA SENTENZA DELLA CORTE D'APPELLO DI MILANO, SEZIONE QUARTA, N. 1574/2025, CONCERNENTE UN'OPERAZIONE DI COMPENSAZIONE TRA SOMME DOVUTE PER PRELIEVO SUPPLEMENTARE QUOTE LATTE E CREDITI PER CONTRIBUTI COMUNITARI P.A.C.. NOMINA DEL DIFENSORE REGIONALE AVV. MARINELLA ORLANDI DELL'AVVOCATURA REGIONALE (NS. RIF. N. 2025/0759)

DIREZIONE CENTRALE AI PROGRAMMAZIONE E RELAZIONI ESTERNE

AI - DIREZIONE CENTRALE PROGRAMMAZIONE E RELAZIONI ESTERNE

(Relatore il Presidente Fontana)

5687 - MISURA A SOSTEGNO DI MANIFESTAZIONI SPORTIVE SUL TERRITORIO LOMBARDO PER IL PERIODO 1° OTTOBRE 2025 - 30 GIUGNO 2026 (D.G.R. N. 4329 DEL 12 MAGGIO 2025) - INCREMENTO DOTAZIONE FINANZIARIA PRIMO TRIMESTRE (OTTOBRE - DICEMBRE 2025) E SECONDO TRIMESTRE (GENNAIO - MARZO 2026)

5688 - DETERMINAZIONE IN ORDINE ALLA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO INTERREG DENOMINATO «JOYFUL AGAIN» ID 0300303, FINANZIATO A VALERE SUL PROGRAMMA «INTERREG IT-CH 2021/2027»

AI63 - RELAZIONI ISTITUZIONALI CON PAESI ESTERI

(Relatore il Presidente Fontana)

5689 - CONFERMA DI ADESIONE E RINNOVO QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA COMUNITÀ DI LAVORO ARGE ALP PER L'ANNO 2026

DIREZIONE CENTRALE AM BILANCIO E FINANZA AM61 - DIREZIONE ORGANISMO PAGATORE REGIONALE (Relatore il Vicepresidente Alparone)

5690 - INTEGRAZIONE ALLA CONVENZIONE APPROVATA CON D.G.R. N. 2267 DEL 30 APRILE 2024 SOTTOSCRITTA TRA ORGANISMO PAGATORE REGIONALE E CENTRI DI ASSISTENZA AGRICOLA

DIREZIONE GENERALE D FAMIGLIA, SOLIDARIETÀ SOCIALE, DISABILITÀ E PARI OPPORTUNITÀ (Relatore l'assessore Lucchini)

D162 - FAMIGLIA, PARI OPPORTUNITÀ, VOLONTARIATO E TERZO SETTORE

5691 - PERCORSI DI PREVENZIONE E LIMITAZIONE DEI RISCHI NEI LUOGHI DI AGGREGAZIONE E DI DIVERTIMENTO GIOVANILE E DI CONTRASTO AL DISAGIO DI GIOVANI E ADULTI A RISCHIO DI MARGINALITÀ, ATTRAVERSO INTERVENTI DI AGGANCIAMENTO, RIDUZIONE DEL DANNO E INCLUSIONE SOCIALE (PR FSE+ 2021-2027, PRIORITÀ 3. INCLUSIONE SOCIALE, ESO4.11, AZIONE K.2) - BIENNIO 2026/2028

DIREZIONE GENERALE F UNIVERSITÀ, RICERCA, INNOVAZIONE (Relatore l'assessore Fermi)

F160 - AFFARI LEGISLATIVI, PROGRAMMAZIONE E GOVERNANCE DELLA RICERCA

5692 - PREMIO INTERNAZIONALE «LOMBARDIA È RICERCA» ANNO 2026: APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO PER L'ATTRIBUZIONE DEL PREMIO

DIREZIONE GENERALE G WELFARE (Relatore l'assessore Bertolaso)

G1 - DIREZIONE GENERALE WELFARE

5693 - PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE LOMBARDIA E LE UNIVERSITÀ LOMBARDE SEDI DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA AI SENSI DELL'ART. 29 DELLA L.R. 30 DICEMBRE 2009 N. 33 E S.M.I.

G152 - POLO OSPEDALIERO

5694 - ESENZIONE REGIONALE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESSA SANITARIA PER LE VITTIME DI VIOLENZA (VA00)

G153 - POLO TERRITORIALE

5695 - APPROVAZIONE DEL «PIANO REGIONALE TRIENNALE DIPENDENZE 2025-2027» E DEL DOCUMENTO «FONDO 8 PER MILLE DIPENDENZE», AI SENSI DEI DECRETI DEL MINISTERO DELLA SALUTE N. 152 DEL 10 LUGLIO 2025, DEL 1 AGOSTO 2025 E DEL 5 AGOSTO 2025 - APPROVAZIONE DEL RIPARTO DEI RELATIVI FONDI ALLE ATS E ALLE ASST

5696 - ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DELLA L.R. N. 23/2020 «NUOVO SISTEMA D'INTERVENTO SULLE DIPENDENZE PATOLOGICHE»: RIORDINO DEL SISTEMA AMBULATORIALE, RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

G194 - PREVENZIONE

5697 - APPROVAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA «LIFESTYLE INTERVENTIONS AGAINST VULNERABILITY IN THE ELDERLY BRAIN (LIVE BRAIN)» PRESENTATO DALL'ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA E APPROVAZIONE DEL RELATIVO SCHEMA DI CONVENZIONE

G198 - PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELL'EDILIZIA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

5698 - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENT 2 M6C2.1.1.2 - PRESA D'ATTO DELLA DOCUMENTAZIONE PREDISPOSTA DALLE ASST/IRCCS ATTESTANTE IL RAGGIUNGIMENTO DEL TARGET M6C2-6 «OPERATIVITÀ DELLE GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE» AL 31 DICEMBRE 2025

DIREZIONE GENERALE H CASA E HOUSING SOCIALE (Relatore l'assessore Franco)

H160 - SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI ABITATIVI

5699 - APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA PER LA VALORIZZAZIONE ALTERNATIVA ALL'ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO DESTINATO A SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI DI PROPRIETÀ DEL COMUNE DI AZZONE (BG) - (L.R. 16/2016 E S.M.I. - TITOLO III - CAPO II - ARTT. 28 E 31)

DIREZIONE GENERALE L CULTURA (Relatore l'assessore Caruso)

L160 - VALORIZZAZIONE CULTURALE

5700 - ABBONAMENTO MUSEI LOMBARDIA - APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI CONVENZIONE TRA REGIONE LOMBARDIA E ASSOCIAZIONE ABBONAMENTO MUSEI (TRIENNIO 2026-2028)

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

**DIREZIONE GENERALE M AGRICOLTURA, SOVRANITÀ ALIMENTARE E FORESTE
(Relatore l'assessore Beduschi)**

M167 - FILIERE VEGETALI E ZOOTECNICHE, AGROAMBIENTE, NITRATI E SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE, BONIFICA E IRRIGAZIONE E FITOSANITARIO

5701 - REGOLAMENTO (UE) 2021/2115, ARTICOLO 58 PARAGRAFO 1 LETTERA A). ATTIVAZIONE IN REGIONE LOMBARDA DELL'INTERVENTO DELLA RISTRUTTURAZIONE E RICONVERSIONE VIGNETI PER LA CAMPAGNA VITIVINICOLA 2026/2027**DIREZIONE GENERALE O SVILUPPO ECONOMICO
(Relatore l'assessore Guidesi)**

O167 - PROGRAMMAZIONE COMUNITARIA E COMMERCIO

5702 - CRITERI ATTUATIVI DEL BANDO A FAVORE DEI DISTRETTI DEL COMMERCIO 2026

O171 - COMPETITIVITÀ E SOSTENIBILITÀ DI IMPRESE, ECOSISTEMI E FILIERE E RAPPORTI ISTITUZIONALI

5703 - AGGIORNAMENTO DEI CRITERI PER IL RICONOSCIMENTO DEI MUSEI DI IMPRESA E APPROVAZIONE DEI CRITERI APPLICATIVI DEL «BANDO PER I MUSEI DI IMPRESA 2026»**DIREZIONE GENERALE P TURISMO, MARKETING TERRITORIALE E MODA
(Relatore l'assessore Massari)**

P162 - PROGRAMMAZIONE, ANALISI DATI E PROGETTI STRATEGICI

5704 - PROPOSTA DI PIANO PER LO SVILUPPO DEL TURISMO E DELL'ATTRATTIVITÀ, PREVISTO DALL'ART. 15 DELLA L.R. DEL 1° OTTOBRE 2015, N. 27**DIREZIONE GENERALE T AMBIENTE E CLIMA
(Relatore l'assessore Maione)**

T169 - ECONOMIA CIRCOLARE E TUTELA DELLE RISORSE NATURALI

5705 - APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI PROTOCOLLO D'INTEESA TRA LA REGIONE LOMBARDA, IL MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA SICUREZZA ENERGETICA E IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, PER L'UTILIZZO DEL FONDO DI CUI ALL'ARTICOLO 45 DELLA LEGGE 23 LUGLIO 2009, N. 99 PER I RESIDENTI DELLE REGIONI INTERESSATE DALLE ESTRAZIONI DI IDROCARBURI LIQUIDI E GASSOSI. RISORSE RIFERITE ALL'ANNUALITÀ 2024**DIREZIONE GENERALE W ISTRUZIONE, FORMAZIONE, LAVORO
(Relatore l'assessore Tironi)**

W164 - POLITICHE ATTIVE PER IL MERCATO DEL LAVORO, CRISI AZIENDALI E VERTENZE

5706 - FSE+ 21-27 ESO 4.1, AZIONE A.1 - APPROVAZIONE CRITERI PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATI DI RIATTIVAZIONE E INSERIMENTO LAVORATIVO DI PERSONE CONSIDERABILI INATTIVE - INCLUDING FOR WORK -

W165 - ISTRUZIONE, PARITÀ EDUCATIVA E FILIERA FORMATIVA

5707 - SISTEMA REGIONALE DOTE SCUOLA, COMPONENTI: BUONO SCUOLA, DISABILITÀ, MATERIALE DIDATTICO E BORSE DI STUDIO STATALI, MERITO. RIMODULAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE PER GLI ESERCIZI 2026 E 2027 E NUOVA PROGRAMMAZIONE PER L'ESERCIZIO FINANZIARIO 2028**5708** - CONTRIBUTI REGIONALI A SOSTEGNO DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA PARITARIE NON COMUNALI - ESERCIZIO 2026 (ARTICOLO 7-TER DELLA LEGGE REGIONALE N. 19/2007)**DIREZIONE GENERALE Y SICUREZZA E PROTEZIONE CIVILE
(Relatore l'assessore La Russa)**

Y161 - SICUREZZA URBANA INTEGRATA E POLIZIA LOCALE

5709 - CRITERI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A TITOLO DI INDENNIZZO IN FAVORE DEGLI OPERATORI DEL TRASPORTO PUBBLICO REGIONALE E LOCALE IN LOMBARDA E DEI LORO FAMILIARI, CHE, NELLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO, SIANO VITTIME DI UN REATO DAL QUALE DERIVINO IL DECESSO, DANNI PERMANENTI O INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA (ART. 21 BIS, L.R. N. 17/2015)**DIREZIONE GENERALE Z TERRITORIO E SISTEMI VERDI
(Relatore l'assessore Comazzi)**

Z165 - DIFESA DEL SUOLO E GESTIONE ATTIVITÀ COMMISSARIALI

5710 - AGGIORNAMENTO TECNICO DELL'ALLEGATO L (INDICAZIONI TECNICHE COSTRUTTIVE ED ESEMPI DI BUONE PRATICHE DI GESTIONE DELLE ACQUE METEORICHE IN AMBITO URBANO) AL REGOLAMENTO REGIONALE 23 NOVEMBRE 2017, N. 7 «REGOLAMENTO RECANTE CRITERI E METODI PER IL RISPETTO DEL PRINCIPIO DELL'INVARIANZA IDRAULICA ED IDROLOGICA AI SENSI DELL'ARTICOLO 58 BIS DELLA LEGGE REGIONALE 11 MARZO 2005, N. 12 (LEGGE PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO)», AI SENSI DELL'ARTICOLO 17, COMMA 1 BIS, DI TALE REGOLAMENTO**Ordine del giorno integrativo - Deliberazione approvata (n. 5711)***B) PROPOSTE DI ORDINARIA AMMINISTRAZIONE***DIREZIONE GENERALE K TRASPORTI E MOBILITÀ SOSTENIBILE
(Relatore l'assessore Lucente)**

K160 - MOBILITÀ SOSTENIBILE E INNOVAZIONE

5711 - DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE MODALITÀ DI CIRCOLAZIONE SUI MEZZI DI TRASPORTO FERROVIARIO REGIONALE NELLA ZONA MI1-MI3 DEL SISTEMA TARIFFARIO DEL BACINO DI MOBILITÀ (S.T.I.B.M.) DI MILANO A FAVORE DEGLI APPARTENENTI ALLE FORZE DELL'ORDINE DURANTE IL PERIODO DI SVOLGIMENTO DEI GIOCHI OLIMPICI E PARALIMPICI INVERNALI MILANO-CORTINA 2026

D.g.r. 2 febbraio 2026 - n. XII/5687

Misura a sostegno di manifestazioni sportive sul territorio lombardo per il periodo 1° ottobre 2025 - 30 giugno 2026 (d.g.r. n. 4329 del 12 maggio 2025) - Incremento dotazione finanziaria primo trimestre (ottobre - dicembre 2025) e secondo trimestre (gennaio - marzo 2026)

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamati:

- la l.r. 1° ottobre 2014 n. 26 «Norme per la promozione e lo sviluppo delle attività motorie e sportive, dell'impiantistica sportiva e per l'esercizio delle professioni sportive inerenti alla montagna»;
- la d.c.r. 27 luglio 2022, n. XI/2527 «Approvazione delle linee guida e priorità di intervento triennali per la promozione dello sport in Lombardia in attuazione della l.r. 1° ottobre 2014, n. 26 (art. 3, comma 1)»;
- il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile (PRSS) della XII Legislatura, approvato dal Consiglio regionale il 20 giugno 2023 (d.c.r. XII/42) e, in particolare, l'obiettivo strategico 6.3.2 «Sostenere e promuovere eventi e manifestazioni sportive»;

Vista la d.g.r. n. 4329 del 12 maggio 2025 «Approvazione della misura a sostegno di manifestazioni sportive sul territorio lombardo per il periodo 1° ottobre 2025 - 30 giugno 2026», con la quale:

- sono stati approvati i criteri della misura;
- è stata stabilita la dotazione finanziaria pari ad euro 1.350.000,00 con copertura sul capitolo 6.01.104.7853 «Trasferimenti alle associazioni sportive e ad altri enti privati senza scopo di lucro per la realizzazione di iniziative relative allo sviluppo della pratica e della cultura sportiva» dell'esercizio 2026, ripartita per trimestri così come segue:

| Periodo di riferimento della manifestazione/evento | Risorse |
|---|-----------------|
| 1 ottobre 2025 - 31.12.2025 | euro 350.000,00 |
| 1 gennaio 2026 - 31.03.2026 | euro 250.000,00 |
| 1 aprile 2026 - 30.06.2026 | euro 750.000,00 |

- è stato stabilito inoltre che in presenza di ulteriori disponibilità di bilancio la misura può essere incrementata;

Visto, altresì, il d.d.s. n. 9140 del 26 giugno 2025 «Approvazione del bando a sostegno di manifestazioni sportive sul territorio lombardo periodo 1° ottobre 2025 - 30 giugno 2026, in attuazione della d.g.r. n. 4329 del 12 maggio 2025» che, tra l'altro, ha previsto la possibilità di presentazione delle domande per il primo trimestre (1 ottobre 2025 - 31 dicembre 2025) dal 9 luglio 2025 al 30 luglio 2025, e per il secondo trimestre (1 gennaio 2026 - 31 marzo 2026) dal 1° ottobre 2025 al 22 ottobre 2025;

Visti altresì:

- il d.d.s. n. 12682 del 17 settembre 2025 con cui sono state approvate le graduatorie delle domande pervenute per il periodo 1° ottobre 2025 - 31 dicembre 2025 e, in particolare, si è preso atto che delle 70 domande pervenute, di cui 68 ammissibili, a fronte dello stanziamento disponibile pari a euro 350.000,00 ne sono state finanziate solo 29;
- il d.d.s. n. 17736 del 3 dicembre 2025, con cui sono state approvate le graduatorie delle domande pervenute per il periodo 1 gennaio 2026 - 31 marzo 2026 e, in particolare, si è preso atto che delle 81 domande pervenute, di cui 79 ammissibili, a fronte dello stanziamento disponibile pari a euro 250.000,00 ne sono state finanziate solo 20;

Considerato che, a fronte della partecipazione largamente superiore alle attese, è stato possibile finanziare meno della metà delle domande risultate ammissibili sul primo trimestre e circa un quarto di quelle sul secondo trimestre;

Valutato quindi di incrementare le dotazioni dei suddetti trimestri al fine di consentire il finanziamento di ulteriori domande, arrivando a soddisfare complessivamente almeno la metà delle domande risultate ammissibili;

Ritenuto, pertanto, di:

- prevedere un incremento della dotazione finanziaria della misura, pari a euro 300.000,00, così suddiviso:
 - euro 90.000,00 sul primo trimestre, portandone la dotazione da euro 350.000,00 a euro 440.000,00;

- euro 210.000,00 sul secondo trimestre, portandone la dotazione da euro 250.000,00 a euro 460.000,00;

- destinare le risorse assegnate al primo trimestre allo scorrimento della graduatoria di cui all'Allegato B al d.d.s. n. 12682/2025 e quelle assegnate al secondo trimestre allo scorrimento della graduatoria di cui Allegato B al d.d.s. n. 17736/2025;

Dato atto che l'incremento di euro 300.000,00 trova copertura sull'esercizio 2026 del capitolo di spesa 6.01.104.7853 «Trasferimenti alle associazioni sportive e ad altri enti privati senza scopo di lucro per la realizzazione di iniziative relative allo sviluppo della pratica e della cultura sportiva», che presenta la necessaria disponibilità di competenza;

Richiamati:

- la comunicazione sulla nozione di aiuto di Stato di cui all'art. 107 par. 1 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (2016/C/262/01);
- il Regolamento (UE) 2023/2831 della Commissione del 13 dicembre 2023 relativo all'applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea agli aiuti «de minimis», con particolare riferimento agli artt. 1 (Campo di applicazione), 2 (Definizioni - e in particolare al paragrafo 2.2 «Definizione di impresa unica»), 3 (Aiuti «de minimis»), 5 (Cumulo) e 6 (Monitoraggio e comunicazione);

Richiamati altresì:

- la legge 24 dicembre 2012, n. 234, art. 52, comma 3 e successive modificazioni;
- il d.m. 31 maggio 2017, n. 115 che ha approvato il Regolamento recante la disciplina per il funzionamento del Registro Nazionale degli Aiuti di Stato (RNA), ai sensi dell'art. 52, comma 6, della legge 24 dicembre 2012, n. 234 e successive modifiche e integrazioni;

Considerato, quindi, di confermare quanto stabilito in materia di applicazione del regime di aiuti di Stato quanto previsto dalla d.g.r. n. 4329/2025 e dal d.d.s. n. 9140/2025 e relativi allegati;

Ritenuto opportuno demandare al Dirigente della Struttura Sostegno al sistema sportivo:

- l'adozione dei successivi provvedimenti attuativi volti a recepire la nuova dotazione finanziaria;
- gli adempimenti in materia di registrazione dell'aiuto individuale, ai sensi del decreto ministeriale n. 115/2017, mediante il codice di concessione COR;

Vista la l.r. 31 marzo 1978, n. 34 «Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione» e le successive modifiche ed integrazioni nonché il regolamento di contabilità e la legge regionale di approvazione del bilancio dell'anno in corso;

Visti la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 «Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale» e s.m.i., nonché i provvedimenti organizzativi della XII legislatura che definiscono l'assetto organizzativo della Giunta regionale;

Ravvisato di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, sul portale Bandi e Servizi e sul sito istituzionale;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di incrementare di euro 300.000,00 la dotazione finanziaria della misura a sostegno di manifestazioni sportive sul territorio lombardo per il periodo 1° ottobre 2025 - 30 giugno 2026, di cui alla d.g.r. n. 4329/2025, come segue:

- euro 90.000,00 sul primo trimestre, portandone la dotazione da euro 350.000,00 a euro 440.000,00;
- euro 210.000,00 sul secondo trimestre, portandone la dotazione da euro 250.000,00 a euro 460.000,00;

2. di destinare le risorse assegnate al primo trimestre allo scorrimento della graduatoria di cui all'Allegato B al d.d.s. n. 12682/2025 e quelle assegnate al secondo trimestre allo scorrimento della graduatoria di cui Allegato B al d.d.s. n. 17736/2025, al fine di consentire il finanziamento di ulteriori domande arrivando a soddisfare complessivamente almeno la metà delle domande risultate ammissibili;

3. di dare atto che l'incremento di euro 300.000,00 trova copertura sull'esercizio 2026 del capitolo di spesa 6.01.104.7853 «Trasferimenti alle associazioni sportive e ad altri enti privati senza scopo di lucro per la realizzazione di iniziative relative allo

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

sviluppo della pratica e della cultura sportiva», che presenta la necessaria disponibilità di competenza;

4. di dare atto che, a seguito del presente incremento, la dotazione finanziaria complessiva della misura risulta pari a euro 1.650.000,00;

5. di dare mandato al Dirigente della Struttura Sostegno al sistema sportivo di procedere agli adempimenti volti a recepire la nuova dotazione finanziaria e a finanziare, fino a esaurimento delle risorse, le domande risultate ammissibili ma ad oggi non finanziate sui due trimestri;

6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nella sezione Amministrazione trasparente del sito web di Regione Lombardia, ai sensi degli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33/2013, nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, sul portale Bandi e Servizi e sul sito istituzionale.

Il segretario: Fabrizio De Vecchi

D.g.r. 2 febbraio 2026 - n. XII/5696
Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione della l.r. n. 23/2020 «Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche»: riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» e, in particolare, l'art. 3 «Aree di attività dell'assistenza distrettuale» e l'art. 35 «Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche»;

Vista l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche (comunità terapeutiche)» - Repertorio atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024;

Vista la legge regionale 14 dicembre 2020, n. 23 «Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche» e in particolare:

- l'art. 3 comma 2 che prevede: «La Regione (...) istituisce, all'interno del Comitato Tecnico per la Salute Mentale e le Dipendenze, un tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze, costituito da una rappresentanza delle ATS locali e degli enti accreditati per le dipendenze (pubblico e privato sociale accreditato). Il tavolo di lavoro ivi costituito collabora in sinergia con il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze con l'obiettivo di fornire un'analisi annuale del fenomeno delle dipendenze e di elaborare proposte di aggiornamento del sistema delle dipendenze»;
- l'art. 6 che prevede: «La Regione (...) adegua i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze Patologiche (SDIP) alla gestione delle aree di intervento di cui all'articolo 5, fatte salve le funzioni cliniche previste da altre disposizioni vigenti, e ne definisce i criteri di accreditamento e contrattualizzazione (...)» e individua le seguenti funzioni degli SDIP: a) partecipano alla attività della Rete diffusa come strutture specializzate senza porre vincoli di accesso per i pazienti; b) forniscono, nell'ambito delle attività della Rete diffusa e coerentemente con la programmazione regionale, interventi specializzati esplicitamente dedicati a particolari categorie di utenza, anche con peculiari forme di nuove dipendenze; c) partecipano in modo strutturato alla realizzazione di programmi per persone con doppia diagnosi; d) collaborano operativamente con i Centri Antifumo per il trattamento di soggetti tabagisti;
- l'art. 7 che prevede: «La Regione, (...) ai fini del superamento della frammentazione delle Unità di offerta residenziali e semiresidenziali, le converte in Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze (CRD), in forma residenziale, semiresidenziale o in entrambe le forme e ne aggiorna i criteri di accreditamento».

Richiamata la d.g.r. XI/6393 del 23 maggio 2022 «Costituzione del Tavolo di Coordinamento Tecnico in Area Dipendenze ai sensi dell'art. 3.2 della l.r. 14 dicembre 2020 n. 23», così come modificata dalla d.g.r. XII/196 del 3 maggio 2023 «Sostituzione componenti del Tavolo di Coordinamento Tecnico in Area Dipendenze ai sensi dell'art. 3.2 della l.r. 14 dicembre 2020 n. 23» e dalla d.g.r. XII/2508 del 10 giugno 2024 «Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR in ambito socio sanitario per l'anno 2024 - Secondo Provvedimento» che prevede, ai punti 11 e 12 del deliberato, nuove sostituzioni e la conseguente attuale composizione del Tavolo di Coordinamento tecnico in area Dipendenze;

Richiamate inoltre:

- la d.g.r. VII/12621 del 7 aprile 2003 «Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze licite ed illecite (art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali per le dipendenze nella ASL: Progetto Regionale Dipendenze»;
- la d.g.r. VII/20586 del 11 febbraio 2005 «Definizione e adozione in via provvisoria del tariffario delle prestazioni erogate

in regime ambulatoriale dai servizi territoriali per le dipendenze/servizi multidisciplinari integrati e contestuale avvio in forma sperimentale del sistema «classificazione a pacchetto di prestazioni»;

- la d.g.r. X/2569 del 31 ottobre 2014 «Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle Unità d'offerta Sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo»;
- la d.g.r. XII/1518 del 13 dicembre 2023 «Piano socio sanitario 2023/2027» che auspica, al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi e alle prestazioni da parte dei soggetti tossicodipendenti, anche la sperimentazione di interventi innovativi per residenzialità, servizi ambulatoriali, équipe ospedaliera ed eventuali posti letto dedicati;
- la d.g.r. XII/2707 del 8 luglio 2024 «Recepimento Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche (comunità terapeutiche)» - Repertorio atti n. 39/CSR del 21 marzo 2024» con la quale Regione Lombardia ha recepito detta Intesa, prevedendo di dare attuazione alla stessa con successivi atti della DG Welfare;
- la d.g.r. XII/5589 del 30 dicembre 2025 «Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Sociosanitarie territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) anno 2026» laddove al paragrafo 9.2 «Dipendenze» prevede la prosecuzione dei lavori di riordino dei servizi ambulatoriali e residenziali per le dipendenze, ai sensi della legge 23 del 2020 e, in particolare, l'avvio in forma sperimentale di sedi spoke (9.2.3) e l'avvio di una Sperimentazione Specialistica ad alta intensità assistenziale e terapeutico-riabilitativa (9.2.4);

Preso atto di quanto indicato nei verbali relativi alle sedute del Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze del 15 luglio 2024, 16 luglio 2025, 24 settembre 2025 e 14 gennaio 2026, agli atti della Struttura Dipendenze Sanità Penitenziaria e Salute Mentale, in cui si indica la necessità di riordino del sistema ambulatoriale e residenziale mediante:

- l'accreditamento di servizi erogativi ambulatoriali organizzati sulla base del fabbisogno dei territori in sedi HUB e sedi SPOKE;
- l'adozione di un nuovo nomenclatore del sistema tariffario per i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze patologiche (SDIP);
- l'adozione di un modello regionale di Valutazione Multidimensionale del Bisogno;
- l'accreditamento di Centri di Cura e riabilitazione per le Dipendenze (CRD) residenziali e semiresidenziali organizzati sulla base dell'intensità di cura;

Considerati i lavori e i documenti del Tavolo Tecnico Dipendenze istituito ai sensi dell'art. 3 comma 2 della l.r. n. 23/2020 che si sono concentrati sull'applicazione di quanto indicato dal Comitato d'indirizzo e coordinamento in area dipendenze;

Ritenuto, pertanto, al fine di migliorare l'accessibilità degli assistiti ai servizi di cura di procedere al riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, ai sensi della l.r. n. 23/2020, approvando gli allegati di seguito indicati, parti integranti del presente atto:

- l'Allegato 1 «ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN SEDI HUB E SPOKE»;
- l'Allegato 2 «IL MODELLO DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI PER LE DIPENDENZE»;
- l'Allegato 3 «SISTEMA OFFERTA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE AREA DIPENDENZE»;
- l'Allegato 4 «REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE IN FORMA RESIDENZIALE»;
- l'Allegato 5 «REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE IN FORMA SEMIRESIDENZIALE»;

Precisato che l'aggiornamento delle tariffe secondo il nuovo sistema di classificazione delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali sarà oggetto di un successivo provvedimento, a seguito della valutazione del fabbisogno territoriale dei percorsi di accreditamento delle riclassificazioni e del budget assegnato;

Precisato inoltre che:

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

- il nuovo assetto organizzativo dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali sarà operativo a partire dal 1° gennaio 2027;
- le previsioni della citata d.g.r. VII/12621 del 2003 incompatibili o superate dal presente provvedimento non saranno più applicabili;

Ritenuto di demandare al Direttore Generale della D.G. Welfare l'adozione di ulteriori indicazioni applicative di dettaglio in relazione alle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia (BURL) e sul Portale regionale;

Vagliate e fatte proprie le suddette considerazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di procedere al riordino del sistema ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, in attuazione della L.R. n. 23/2020 «Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche», approvando gli allegati di seguito indicati, parti integranti del presente atto:

- l'Allegato 1 «ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN SEDI HUB E SPOKE»;
- l'Allegato 2 «IL MODELLO DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI PER LE DIPENDENZE»;
- l'Allegato 3 «SISTEMA OFFERTA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE AREA DIPENDENZE»;
- l'Allegato 4 «REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE IN FORMA RESIDENZIALE»;
- l'Allegato 5 «REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE IN FORMA SEMIRESIDENZIALE»;

2. di precisare che l'aggiornamento delle tariffe secondo il nuovo sistema di classificazione delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali sarà oggetto di un successivo provvedimento, a seguito della valutazione del fabbisogno territoriale dei percorsi di accreditamento delle riclassificazioni e del budget assegnato;

3. di precisare inoltre che:

- il nuovo assetto organizzativo dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali sarà operativo a partire dal 1° gennaio 2027;
- le previsioni della d.g.r. VII/12621 del 2003, incompatibili o superate dal presente provvedimento, non saranno più applicabili;

4. di demandare al Direttore generale della D.G. Welfare l'adozione di ulteriori indicazioni applicative di dettaglio in relazione alle disposizioni contenute nel presente provvedimento;

5. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. 33/2013;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale di Regione Lombardia (BURL) e sul Portale regionale.

Il segretario: Fabrizio De Vecchi

ALLEGATO 1 - ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE IN SEDI HUB E SPOKE

La L.R. 23 del 2020 (Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche) si propone di definire nell'art. 1 al comma 2 "strumenti idonei affinché la Regione possa promuovere una risposta sanitaria, sociosanitaria e sociale sempre appropriata e aggiornata a fenomeni in continua, dinamica evoluzione volta a sostenere e tutelare i soggetti affetti da dipendenza patologica e le loro famiglie con particolare attenzione ai minori, alla popolazione femminile e in particolar modo alla adolescenza".

Al tal fine, questo provvedimento si propone di migliorare l'accessibilità degli assistiti ai Servizi Dipendenze (SDIP), così come denominati all' art. 6 della Legge Regionale 23/20, con l'obiettivo di renderli più efficienti, agili e veloci nel fornire risposte ai bisogni dei cittadini.

Il nuovo modello organizzativo prevede differenti punti di erogazione, con caratteristiche peculiari: **SDIP** cioè sedi uniche che assolvono a tutte le prestazioni garantite dai LEA e sedi **SDIP HUB** a cui afferiscono almeno una **sede Spoke** (sedi distaccate più flessibili e "veloci") per alcuni specifici target o bisogni. Ciascuno **SDIP HUB** può erogare alcune specifiche prestazioni nelle sedi distaccate (Spoke) connotandole sulle caratteristiche del target che si vuole raggiungere o dislocando le sedi in prossimità di territori particolarmente a rischio o senza una adeguata offerta di cura. Gli Spoke garantiscono professionalità, ma anche flessibilità e capacità di innovazione in tempi rapidi.

Considerata la fase transitoria, fino alla messa a regime del nuovo sistema, sarà ancora possibile l'utilizzo della dizione SERD/SMI in uso attualmente per garantire la riconoscibilità dei servizi per l'utenza

L'introduzione di sedi spoke rappresenta una strategia fondamentale per ottimizzare la gestione delle unità d'offerta, fornendo un supporto complementare e flessibile rispetto alle sedi centrali. Le sedi SDIP e SDIP HUB possono garantire un approccio più strutturato e centrato sulla cura di problemi di dipendenza consolidati e gestione di stati patologici più radicati: comorbilità, problemi legali o trattamenti farmacologici o di lungo termine. Le sedi Spoke avranno un approccio più flessibile e innovativo: saranno, ad esempio strutture rivolte ai giovani con metodi più dinamici, coinvolgenti e meno formali, considerando le caratteristiche psicologiche di questa fascia d'età, che richiedono approcci più sensibili e adattati alle dinamiche di crescita. Oppure potranno configurarsi come servizi per trattamento di patologie come la dipendenza da gioco d'azzardo e altre dipendenze comportamentali presso i quali l'assistito potrebbe accedere superando lo stigma e i pregiudizi che gravano sui servizi per le dipendenze. Alcuni territori lombardi per le caratteristiche geografiche e/o di carenza di mezzi di trasporto potrebbero trarre beneficio dalla presenza di sedi distaccate rispetto alla sede centrale, garantendo una prossimità al bisogno e una risposta più immediata.

Nel nuovo modello organizzativo, l'insieme dei servizi per le dipendenze (ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali) sia pubblici sia privati accreditati, costituiscono una rete che deve lavorare in sinergia in funzione dei bisogni del territorio. La programmazione regionale individua nelle ATS e nelle Re.Di.Di. (Rete Diffusa Dipendenze ai sensi dell'art 4. della legge 23/2020) gli interlocutori principali per l'analisi del fabbisogno e dell'opportunità di promuovere le nuove articolazioni aziendali valutandone l'appropriatezza e la necessità.

Si conferma che i SERD continuino ad operare mantenendo l'attuale collocazione all'interno dei DSMD afferenti alle ASST di riferimento territoriale mentre gli SMI continueranno ad afferire alle ATS di competenza.

LA PROGRAMMAZIONE

In fase di programmazione per l'articolazione del sistema dipendenze in **SDIP** o **SDIP HUB**, Regione dovrà tener conto, nell'analisi del fabbisogno territoriale, delle indicazioni incluse nel decreto DM 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" del Ministro della Salute, d'ora in poi DM 77/22. Inoltre, bisognerà tener conto del Documento AGENAS del

novembre 2022 avente come oggetto “Standard per l’assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza e Salute in Carcere” e di successive modifiche ed integrazioni emanate dal Ministero.

La programmazione per l’eventuale accreditamento di nuove strutture SDIP, sulla base del documento sopracitato, dovrà tener conto della presenza di un servizio per le dipendenze ogni 80/100.000 abitanti della popolazione target 15/64 anni e della saturazione degli standard di riferimento del personale suggeriti nella Tabella 1 del sopracitato documento. Particolare attenzione dovrà invece essere posta agli SDIP operanti negli Istituti di pena, nell’area della Città Metropolitana di Milano e nelle Aree Interne dove può sussistere la necessità di una revisione degli standard sopradetti individuando macroaree territoriali atte a garantire la continuità assistenziale tenendo conto delle specifiche caratteristiche locali e della raggiungibilità dei servizi con mezzi pubblici. La definizione delle macroaree sarà oggetto di successivi provvedimenti regionali. Nelle macroaree è auspicabile la distribuzione degli accessi degli assistiti, in particolare su disposizione dell’Autorità Giudiziaria Minorile, su tutta la rete SDIP con un coordinamento a livello di ATS.

Al fine di sostenere la programmazione regionale ogni ATS tramite la Re.Di.Di. produrrà un documento annuale che fotografi la capacità dei servizi esistenti di:

- rispondere ai bisogni della popolazione nei tempi previsti;
- rispondere a specifici target di popolazione in base ad analisi statistiche ed epidemiologiche;
- intervenire in specifici contesti particolarmente complessi e delicati (es. luoghi della notte, di aggregazione, di spaccio);
- trattare specifici disturbi (es. comorbidità).

PROGRAMMAZIONE APERTURA DEI SERVIZI

In fase di programmazione anche sulla base del DM 77/22 e del Documento AGENAS del novembre 2022 avente come oggetto “Standard per l’assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza e Salute in Carcere”, in ciascuna macroarea (due/tre distretti) dovrà essere garantito l’accesso ai servizi offerti dagli SDIP garantendo pertanto l’accessibilità al servizio per la massima continuità assistenziale, con l’articolazione seguente:

- 5 giorni settimana per almeno 12h al giorno nella fascia oraria dalle 6:00 alle 21:00;
- sabato, domenica e festivi, per le ore necessarie ad assicurare la continuità terapeutica;

Le aperture indicate possono essere assicurate, nelle macroaree, anche attraverso la collaborazione di più sedi di SDIP, anche gestite da enti diversi, con il coordinamento dell’ATS territorialmente competente.

La copertura del territorio sulla base degli orari sopradescritti mira a garantire la corretta erogazione dei LEA sul territorio ATS, assicurando un’adeguata offerta di servizi territoriali nell’area dipendenze. A tal fine ATS provvede ad effettuare una valutazione annuale (al 31 dicembre dell’anno precedente) sulla base dei dati contenuti nella scheda struttura agli atti, in ciascuna macroarea.

PROGRAMMAZIONE DOTAZIONE DELL’ORGANICO DEI SERVIZI

Per ogni figura professionale prevista, l’ATS dovrà calcolare il Full Time Equivalent (FTE) complessivo e confrontarlo con lo standard minimo della macroarea, definito in rapporto alla popolazione residente nella fascia d’età 15-64 anni, come previsto nella Tabella 1 del già citato Documento AGENAS del novembre 2022.

Sulla base della relazione annuale prodotta dalle ATS tramite le Re.Di.Di e nella cornice fornita dalla programmazione regionale, l’ATS, in caso di carenza di figure professionali rispetto agli standard definiti, procede

ad una ricognizione presso SDIP già accreditati nella macroarea carente, sollecitando gli Enti gestori al reperimento delle figure professionali mancanti.

All'adeguamento degli organici sopraindicati concorre anche il personale impiegato presso le sedi SPOKE.

In caso di richiesta di nuovo accreditamento o trasferimento di SDIP l'ATS può esprimere parere favorevole esclusivamente nei casi in cui, per almeno una delle figure professionali previste, risulti uno standard inferiore al minimo previsto nella specifica macroarea sulla base dei dati contenuti nella scheda struttura agli atti, in ciascuna macroarea.

In caso di richiesta di un nuovo accreditamento di sedi Spoke associate a HUB esistenti o a SDIP che intendono riclassificarsi in SDIP HUB si dovrà motivare la necessità in termini di fabbisogno del territorio per verificarne la coerenza con la programmazione regionale e di ATS.

LE NUOVE FORME DI ACCREDITAMENTO

In tali modelli organizzativi, i nuovi accreditamenti di SDIP e SDIP HUB saranno vincolati alla programmazione regionale sentito il parere delle ATS. Nell'ambito delle attività di analisi le Re.Di.Di forniscono un parere sulla opportunità di apertura di nuovi servizi sulla base dell'analisi dell'offerta e di una eventuale redistribuzione delle domande di presa in carico in funzione dei livelli di saturazione raggiunti dagli SDIP e SDIP HUB già operanti, nelle diverse tipologie di accesso, sia spontanee sia su mandato dell'Autorità Giudiziaria.

Per avviare e/o accreditare una nuova unità d'offerta SDIP/SDIP HUB è necessario presentare SCIA/SCIA e contestuale richiesta di accreditamento nelle modalità di cui alla DGR 2569/2014 allegato 2 e smi, con necessità di acquisire in via preventiva parere favorevole vincolante da parte della ATS territorialmente competente.

Per avviare e/o accreditare una nuova sede Spoke è necessario presentare SCIA/SCIA e contestuale richiesta di modifica di accreditamento nelle modalità di cui alla DGR 2569/2014 allegato 2 e smi, con necessità di acquisire in via preventiva parere favorevole vincolante da parte della ATS territorialmente competente.

Le procedure da seguire per variazioni dell'assetto accreditato (ad es. chiusura Spoke, trasferimento Hub o Spoke) devono seguire le modalità previste dalla DGR X/2569/2014 e smi.

Si conferma la necessità del rispetto per tutte le sedi di quanto previsto dalla DGR X/2569/2014 allegato 1, in merito ai requisiti di esercizio e di accreditamento soggettivi, organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali previsti per tutte le unità d'offerta sociosanitarie. Per la definizione di presa in carico, e relativa apertura del FASAS e per la stesura del Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) e del Piano assistenziale Individuale (PAI), si rimanda alla normativa vigente prevista DGR X/2569/2014 e DGR 1765/2014 e smi; per la valorizzazione delle prestazioni e per il debito informativo correlato si rimanda alla DGR XII/3720 del 30 dicembre 2024.

Di seguito vengono riportati i requisiti di esercizio specifici.

Ogni sede SDIP deve garantire:

- l'apertura di almeno 5 giorni la settimana;
- la continuità assistenziale per la valutazione di condizioni cliniche specifiche e la somministrazione della terapia farmacologica;
- la presenza di una équipe che garantisca, nell'arco delle 8 ore giornaliere, la multi-professionalità;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie, psicologiche, sociali e educative.

La sede SDIP deve essere inoltre in grado di accogliere le situazioni di particolare gravità e fragilità (presenza di minori, gravidanza, comorbilità psichiatrica severa, etc) attivando percorsi di valutazione e definizione del Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) con priorità assoluta, garantendo un triage entro 7 giorni e la definizione di un Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) provvisorio entro i tempi previsti dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. in caso di uno o più elementi del triage positivi, fatto salvo, le risposte terapeutiche di urgenza che devono essere garantite nell'immediato, anche avvalendosi dei servizi

sanitari o sociosanitari specifici.

Ogni sede SDIP HUB deve garantire

- l'apertura di almeno 5 giorni la settimana;
- la continuità assistenziale per la valutazione di condizioni cliniche specifiche e la somministrazione della terapia farmacologica;
- la presenza di una equipe che garantisca, nell'arco delle 8 ore giornaliere la multi-professionalità;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie, psicologiche, sociali ed educative;
- la presenza di uno o più sedi SPOKE in grado di garantire, oltre alla professionalità, flessibilità e capacità di innovazione in tempi rapidi;
- l'apertura delle sedi spoke deve essere articolata in almeno due giorni alla settimana.

Per il rispetto dei criteri sopracitati, tutte le articolazioni organizzative degli SDIP HUB, concorrono con il personale a disposizione, nel raggiungimento di tali obiettivi.

Le sedi SDIP HUB devono essere inoltre in grado di accogliere le situazioni di particolare gravità e fragilità (presenza di minori, gravidanza, comorbidità psichiatrica severa, etc.) attivando percorsi di valutazione e definizione del Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) con priorità assoluta, garantendo un triage entro 7 giorni e la definizione di un Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) provvisorio entro i tempi previsti dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. in caso di uno o più elementi del triage positivi, fatto salvo, le risposte terapeutiche di urgenza che devono essere garantite nell'immediato, anche avvalendosi dei servizi sanitari o sociosanitari specifici.

Le sedi SPOKE afferiranno allo stesso codice CUDES assegnato alla rispettiva sede HUB, ma avranno un *CUDES DI ATTIVITÀ* utilizzabile ai fini della rendicontazione nei flussi.

L'ATS di competenza, previa consultazione della Re.Di.Di., promuove ed autorizza l'attivazione e la localizzazione di eventuali sedi Spoke degli SDIP, in conformità agli indirizzi di programmazione regionale, quando l'analisi dei bisogni e della capacità di risposta alla domanda, nel territorio, ne dimostri la necessità o l'opportunità per specifici target di utenza o per specifici interventi.

Di seguito vengono riportati i requisiti di esercizio specifici.

Per le parti non in contrasto con il presente provvedimento rimane salvo quanto previsto nella DGR VII/12621 del 7 aprile 2003

SDIP e SDIP HUB

| | REQUISITI ESERCIZIO strutturali e tecnologici specifici |
|-------|---|
| Spazi | <ul style="list-style-type: none"> - Locale per accoglienza utenti, segreteria/informazioni - Locale per consulenza sociale, psicologica diagnostica e terapeutica - Locale per visite mediche che garantisca il rispetto della privacy dell'utente - Locale per riunioni - Spazio archivio - Servizi igienici per il personale nel rispetto della normativa in materia di tutela della salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro - Servizi igienici per gli utenti - Spazi/locali percorsi sporco pulito - Spazio armadi per il deposito del materiale d'uso / attrezzature/strumentazione |

| | |
|---------------------|---|
| | - Spogliatoio per il personale ove necessario, nelle modalità previste dai regolamenti locali di igiene/edilizio |
| Specifiche generali | - I locali in cui vengono eseguiti eventuali raccolte di campioni su matrici biologiche sono adeguati a garantire gli opportuni controlli nel rispetto della privacy e della persona sottoposta ad esame - È assicurata la disponibilità delle attrezzature di primo intervento e della strumentazione necessaria per le attività diagnostiche e terapeutiche. |

SDIP e SDIP HUB *tenuto in considerazione le normative nazionali e regionali*, devono rispondere ai seguenti requisiti organizzativi e gestionali specifici:

| | REQUISITI ESERCIZIO organizzativo e gestionali specifici |
|------------------------|--|
| Offerta di prestazioni | <p>SDIP e SDIP HUB assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze psicoattive e dei comportamenti di addiction, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici e secondo quanto stabilito dalla normativa regionale.</p> <p>SDIP e SDIP HUB fatte salve le ulteriori funzioni eventualmente loro attribuite dalle Regioni ai sensi dell'art. 90 del DPR 309/90, nell'ambito delle proprie competenze provvedono a:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) garantire accoglienza diagnosi e presa in carico dell'assistito b) predisporre interventi specifici per adolescenti e giovani adulti della fascia d'età under 25, anche in collaborazione con le UONPIA e le UO di Psichiatria, con percorsi di presa in carico flessibili ed in linea con le caratteristiche dell'età adolescenziale c) predisporre, per ogni singolo assistito, un Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI), un Piano assistenziale individuale (PAI) e un relativo follow up d) predisporre, in caso di inserimento in CRD residenziale o semiresidenziale, in collaborazione con la CRD individuata per la presa in carico, il Programma Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP/PI); e) erogare terapie farmacologiche specifiche compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico f) svolgere attività di psicodiagnosi, counselling, sostegno psicologico e psicoterapia g) svolgere attività di prevenzione, diagnosi precoce, screening/counselling e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso h) attivare specifici programmi destinati a soggetti fragili, anche in collaborazione con altri servizi specialistici i) svolgere attività di consulenza e sostegno alle famiglie j) svolgere attività di certificazione k) svolgere attività di rete con i servizi del territorio per la definizione di interventi di prevenzione, riduzione del danno, limitazione dei rischi ed inserimenti lavorativi l) svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute m) adempiere ai debiti informativi Nazionali e Regionali. <p>Le prestazioni di cui sopra si intendono effettuate nei vari contesti quali: Spoke (sedi distaccate), ambulatori, Istituti Penitenziari, domicilio, strutture accreditate, strutture del SSN e Altro (es. luoghi del divertimento, sedi di altri servizi, unità mobili ecc.).</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Procedure specifiche | <ul style="list-style-type: none"> - In relazione agli esami di laboratorio presenza di documenti di servizio riguardanti il riconoscimento degli utenti, l'identificazione dei campioni e la certezza che il campione appartenga al soggetto e che non sia manipolato - In relazione alle terapie farmacologiche presenza di documenti di servizio riguardanti l'identificazione degli utenti e la corretta gestione delle terapie farmacologiche |
| Continuità assistenziale | Definizione di un procedura/protocollo con indicazioni al personale per la gestione di urgenze/emergenze cliniche, in assenza del personale sanitario. |
| Personale | <p>La dotazione organica, considerando anche il personale delle sedi Spoke, deve comprendere almeno un operatore di ciascuna delle seguenti tipologie di personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -medico con specializzazioni attinenti alle patologie correlate alle dipendenze o medico formato e perfezionato in materia di dipendenza. La formazione può essere erogata anche dall'Ente gestore. -psicologi psicoterapeuti -assistenti sociali - professionista sanitario della riabilitazione individuato in base agli specifici percorsi tra le seguenti figure: Tecnico Riabilitazione Psichiatrica o Terapista Occupazionale o Educatore professionale (L. 295 /2017) /educatori iscritti agli elenchi speciali di cui alla L.145/2018 al comma 537 dell'art.1 - infermieri - personale amministrativo. <p>In coerenza con il target di utenza e di attività svolta possono essere previste altre figure professionali (es. OSS, educatore socio-pedagogico classe L18 e L19, pedagogo, sociologo, psicologo, criminologo, assistente sanitario, neuropsichiatra infantile; ci si può anche avvalere di rapporti professionali con avvocati, commercialisti, ecc.)</p> <p>È prevista la presenza di figure professionali in numero proporzionale agli utenti in carico e in funzione dell'attività svolta, in modo da riuscire a garantire le tempistiche di presa in carico sopra definite, l'appropriatezza delle prestazioni e l'assenza di lista di attesa.</p> <p>La presenza delle figure professionali nell'arco della giornata deve essere definita in funzione delle attività, della casistica e delle procedure adottate dagli SDIP e SDIP HUB.</p> <p>Per gli SDIP e SDIP HUB con gestione da parte di soggetto privato la figura del Responsabile del Servizio deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli di studio: Laurea in Medicina, Educatore professionale (Laurea STN-2 o Scienze dell'educazione laurea L-18 e L-19), Infermiere, Assistente sociale e Psicologo.</p> <p>Per i requisiti richiesti per ricoprire il ruolo di Responsabile degli SDIP e SDIP HUB con gestione pubblica si rimanda alla normativa generale vigente, nazionale e regionale, utile per la formazione dei POAS aziendali.</p> <p>In ogni SDIP e SDIP HUB con gestione da parte di soggetto privato è prevista la figura del Responsabile Medico con specializzazioni attinenti alle patologie correlate alle dipendenze.</p> <p>Le figure del Responsabile del Servizio e del Responsabile Medico possono anche coincidere.</p> <p>Almeno ogni 15 giorni sono realizzate apposite riunioni multidisciplinari per un confronto</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>clinico-operativo riguardante casi trattati da più operatori.</p> |
| Funzionamento | <p>SDIP e SDIP HUB sono aperti 12 mesi all'anno, tenendo conto anche delle aperture assicurate dalle sedi SPOKE.</p> <p>Inoltre, ogni SDIP e SDIP HUB deve garantire:</p> <p>a) Il funzionamento minimo di 38 ore settimanali distribuite su almeno 5 giorni, comprensive delle ore dedicate alle riunioni di équipe</p> <p>b) L'accesso al pubblico per non meno di 30 ore settimanali su almeno 5 giorni durante i quali è assicurata la presenza di una équipe in coerenza con le attività da erogare, che garantisca, nell'arco delle 8 ore giornaliere la multi-professionalità. Nelle ore eccedenti le 30 di apertura al pubblico fino al raggiungimento dell'orario di funzionamento (almeno 38 ore) deve essere garantita la compresenza di almeno due operatori.</p> <p>È garantita l'apertura nei fine settimana e nei festivi degli SDIP e SDIP HUB, considerando anche l'eventuale apertura delle sedi SPOKE, secondo le modalità previste per le macroaree, per le terapie farmacologiche agoniste, alla presenza di due operatori uno dei quali deve essere il medico.</p> <p>Per l'intero orario di funzionamento è garantita la risposta ai quesiti telefonici e per eventuali comunicazioni urgenti e richieste di informazioni.</p> <p>Inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le terapie farmacologiche sono garantite, direttamente o tramite affido/trasferimento in altro SDIP, all'assistito per 365 giorni/anno, ed anche a domicilio se necessario. -Ogni SDIP e SDIP HUB deve avere a disposizione tutte le terapie farmacologiche specifiche per la patologia trattata nell'area delle dipendenze patologiche, autorizzate da AIFA. -Il primo colloquio deve essere effettuato, di norma, entro sette giorni dal primo contatto. -l'avvio della fase di valutazione e la definizione del Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) deve avvenire entro i 90 giorni effettivi successivi al primo colloquio, elaborando comunque entro 30 gg dall'accoglienza (primo colloquio) un Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) Provvisorio che descriva e formalizzi il percorso valutativo posto in essere. - I FASAS, anche in formato elettronico, sono conservati, nel rispetto della normativa sulla privacy, nella sede di presa in carico dell'utente. -La conclusione della fase di valutazione deve esitare nella definizione di una diagnosi e di Programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI) e, considerata la specificità dell'utenza, di un Piano assistenziale individuale (PAI) con relativa assegnazione del case manager, condivisione e sottoscrizione degli obiettivi terapeutici da parte della persona. - Non è prevista la predisposizione di PTRP/PI e PAI in caso di monoprestazione, ovvero la prestazione che viene effettuata una sola volta o che viene ripetuta fino ad un massimo di due volte nel trimestre di riferimento. In questi casi la prestazione viene |

| | |
|--|--|
| | <p>riportata nel FASAS.</p> <p>Si precisa che la monoprestazione si differenzia dalla prestazione monoprofessionale. Nel caso della prestazione monoprofessionale, qualora essa comprenda l'erogazione di più prestazioni, devono essere predisposti il PTRP/PI e PAI.</p> <p>-Ai soggetti in condizione di particolare gravità e fragilità o in presenza di minori, o di donne in gravidanza, i percorsi di valutazione e la definizione del PTRP/PI devono essere garantiti con priorità assoluta entro massimo 15 giorni, fatte salve le risposte terapeutiche di urgenza che devono essere garantite nell'immediato, anche avvalendosi dei servizi sanitari o sociosanitari competenti.</p> <p>-È garantita la valutazione e la presa in carico di eventuali psicopatologie.</p> <p>-Ai soggetti in trattamento viene garantita ed attivamente proposta la possibilità di usufruire di adeguati screening relativi alle malattie infettive correlate.</p> <p>-Vengono garantiti incontri di educazione alla salute volti a migliorare la consapevolezza rispetto ai rischi relativi all'assunzione di sostanze legali e illegali.</p> <p>-Viene garantita l'informazione agli assistiti circa rischi, limiti vantaggi del trattamento proposto nonché delle possibili scelte alternative.</p> <p>-Particolare attenzione deve essere data al contesto familiare dei soggetti in cura con figli minori.</p> |
|--|--|

SPOKE (sedi distaccate)

Le sedi SPOKE (sedi distaccate) possono adattarsi più "agilmente" alle continue evoluzioni del fenomeno delle dipendenze, rispondendo a bisogni specifici che possono variare nel tempo.

Le sedi SPOKE devono rispondere ai requisiti strutturali di esercizio generali di cui al DPR 14.1.1997 e DGR n. 2569/2014 allegato 1 –paragrafo 2.3.2 e garantire la presenza di locali adeguati alla tipologia di prestazioni erogate ed in numero commisurato all'utenza seguita che garantiscano la privacy. Deve essere comunque garantito un servizio igienico ad uso esclusivo del personale nonché lo spogliatoio, ove necessario, nelle modalità previste dai regolamenti locali di igiene/edilizio. Deve essere inoltre garantito un servizio igienico per gli utenti attrezzato per persone con disabilità.

In caso di sedi HUB il codice CUDES sarà assegnato solo alla sede HUB e l'accreditamento di eventuali sedi Spoke afferiranno al CUDES HUB, mantenendo comunque un *CODICE ATTIVITA'* ai fini rendicontativi.

Per attivare una o più sede SPOKE sono necessarie tre condizioni:

- 1) l'afferenza ad uno SDIP HUB gestito dal medesimo Ente Pubblico o Privato;
- 2) l'apertura della sede Spoke nella medesima ATS di competenza dello SDIP a gestione privata o nella medesima ASST per il SDIP o SDIP HUB a gestione pubblica;
- 3) l'autorizzazione e proposta di accreditamento da parte di ATS in merito all'apertura dello SPOKE nel proprio territorio, secondo la programmazione regionale.

| | REQUISITI ESERCIZIO |
|------------------------|---|
| Offerta di prestazioni | <p>Le sedi SPOKE sono punti di erogazione decentrate dalle sedi Hub, flessibili e agili che rispondono a particolari bisogni di specifici target o di specifiche zone geografiche, in modo da rendere più capillare e fruibile l'offerta dei servizi.</p> <p>L'obiettivo macro permane quello dell'aggancio e della diagnosi precoce.</p> <p>Le sedi Spoke dipendono dalle relative sedi HUB. La loro collocazione e le funzioni specifiche possono essere rivalutate, in relazione alla evoluzione dei bisogni o della domanda connessa al consumo di sostanze stupefacenti e dei comportamenti additivi quali il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e le altre dipendenze comportamentali.</p> |
| specifiche | <p>Le Sedi Spoke, in collaborazione con l'équipe multidisciplinare dei SDIP HUB, garantiscono che le attività per cui sono state attivate siano svolte con i medesimi standard di qualità ed appropriatezza previste per le sedi Hub.</p> <p>I FASAS, anche in formato elettronico, sono conservati, nel rispetto della normativa sulla privacy, nella sede di presa in carico dell'utente.</p> |
| Personale | <p>Nelle Spoke sono garantite le medesime figure professionali previste per la sede HUB, garantendo in base al bisogno e alla tipologia di prestazione idoneo professionista.</p> <p>Per tutto l'orario di apertura deve essere garantita la copresenza di almeno due professionisti.</p> |
| Funzionamento | <p>Ogni SPOKE deve garantire l'apertura di almeno 2 giorni alla settimana.</p> <p>Deve comunque essere assicurato il lavoro in equipe multiprofessionale, con apposite riunioni multidisciplinari per un confronto clinico-operativo riguardante casi trattati da più operatori, che possono essere svolte sia in HUB sia in Spoke.</p> <p>Nel caso in cui gli operatori che seguono la persona lavorino in differenti sedi il gestore deve garantire la possibilità di confronto sulla presa in carico, con registrazione nel FASAS.</p> |

TEMPISTICHE DEL PROCESSO DI RIORDINO

Il nuovo quadro regolatorio dei servizi ambulatoriali dell'area dipendenze verrà implementato sul territorio regionale secondo un processo graduale e declinato nei seguenti fondamentali step di processo amministrativo di cui DG Welfare definirà con successiva nota gli strumenti e le modalità operative.

Per gli SDIP e le sedi già accreditate o in corso di accreditamento

- istanza di riclassificazione da presentare entro il 31/05/2026 con impegno da parte del gestore di adeguarsi ai nuovi requisiti organizzativo-gestionali dal 01/01/2027;
- conclusione dell'iter istruttorio da parte di ATS entro il 30/09/2026 con invio in RL del provvedimento di parere relativo alla riclassificazione con precisato il nuovo assetto in SDIP;

- adozione da parte di Regione del provvedimento di riclassificazione e iscrizione nel registro regionale con decorrenza 01/01/2027.

Ad avvenuta riclassificazione dei servizi, sarà cura dell'UO Polo Territoriale - DG Welfare - produrre, attraverso una specifica nota, le variazioni previste per la raccolta del flusso AMB che prevederà la chiusura dei vecchi codici e l'adozione dei nuovi codici.

Per i Servizi che non si riclassificano nel nuovo assetto, verrà avviato dalla ATS l'iter istruttorio di revoca dell'abilitazione all'esercizio con conseguente decadenza dell'accreditamento a far data dal 31/12/2026. Resta inteso che è a carico del gestore la garanzia della continuità assistenziale.

I soggetti gestori che non intendono riclassificarsi al nuovo assetto previsto dal presente provvedimento devono presentare comunicazione di cessazione dell'attività alla ATS competente, entro il 31/05/2026 dimostrando di aver organizzato la continuità dell'assistenza legata alle prese in carico attive, per le quali le prestazioni non potranno comunque protrarsi oltre il 31/12/2026. Verrà conseguentemente dichiarata la decadenza dall'accreditamento/abilitazione.

Eventuali e successive indicazioni operative verranno trasmesse a cura della U.O. Polo Territoriale – DG Welfare.

Per le nuove sedi SDIP e SDIP HUB

Gli accreditamenti di nuovi sedi e nuovi SDIP /SDIP HUB saranno possibili solo dopo il 01/01/2027, a percorso di riclassificazione concluso, mediante presentazione di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento e secondo quanto definito nel presente allegato.

Saranno comunque possibili, nel 2026, volture di accreditamento e modifiche relative alle articolazioni degli spazi ed eventuali trasferimenti di sedi già accreditate, nelle consuete modalità previste dalla DGR 2569/2014 e smi. In tali casi vengono avviati due procedimenti amministrativi distinti uno per la riclassificazione e uno per la voltura/SCIA contestuale.

In caso di voltura l'istanza di riclassificazione dovrà essere presentata, nei termini sopra precisati, dal gestore già accreditato con provvedimento regionale per tale unità d'offerta.

FOLLOW UP E VERIFICA DEL MODELLO

Il presente modello sarà sottoposto a periodici controlli di monitoraggio per la valutazione dell'efficienza ed efficacia dell'intervento.

La valutazione sarà effettuata sulla base dei rendiconti trimestrali previsti dal debito informativo trimestrale AMB, dal flusso epidemiologico annuale SIND e dai report richiesti periodicamente alle Re.Di.Di. e alle ATS.

La verifica della validità del progetto sarà oggetto di confronto con i Componenti del Tavolo Tecnico e successivamente sottoposta al Comitato di indirizzo (organismi previsti dall'art. 3 comma 1 e 2 LR n. 23/2020)

ALLEGATO 2

IL MODELLO DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI PER LE DIPENDENZE

INDICE:

- 1. PREMESSA**
- 2. IL NUOVO MODELLO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO**
 - 2.1. Triage**
 - 2.2. La valutazione multidimensionale del Bisogno**
 - 2.2.1 Colloquio e visita medica**
 - 2.2.2 Indagini tossicologiche su campioni biologici**
 - 2.2.3. Esami ematochimici**
 - 2.2.4. Colloquio psicologico per aree**
 - 2.2.5. Questionari di autovalutazione, Test e altri strumenti psicodiagnostici**
 - 2.2.6. Colloquio socio-educativo e indagine di rete**
 - 2.2.7. Check-list della VMB**
- 3. INTENSITA' DI CURA, PI E PAI**
 - 3.1. Livelli di intensità di cura**
 - 3.2. Progetto Individuale (PI) e Piano di Assistenziale Individuale (PAI)**
 - 3.3. Monitoraggio e Valutazione dell'Esito del PAI e PI**
- 4. ESITO**
 - 4.1 Prosecuzione della presa in carico con rivalutazione**
 - 4.2 Prosecuzione della presa in carico in continuità di terapie**
 - 4.3 Prosecuzione della presa in carico per monitoraggio e follow-up**
 - 4.4 Dimissione**
 - 4.5 Conclusione della presa in carico e dimissione.**
- 5. MATERIALE DI LAVORO**

1. PREMESSA

La finalità del presente lavoro è garantire alla persona affetta da Disturbo da Uso di Sostanze, Alcol e Gioco d’Azzardo una presa in carico individualizzata e progettuale, orientata alla risposta ai suoi bisogni all’interno della offerta fornita dalla rete complessiva dei Servizi. La definizione di percorsi di cura e riabilitazione personalizzati, appropriati e coerenti con i bisogni della persona, richiede l’adozione di strumenti di valutazione del bisogno che consentano di diagnosticare e definire il livello di gravità complessivo attraverso una valutazione multidimensionale.

L’obiettivo del presente lavoro è quello di individuare un modello unico regionale in grado di favorire un’omogenea valutazione dei bisogni ed una presa in carico appropriata, integrata e continuativa nelle fasi di accoglienza, cura e reinserimento.

A tale scopo, la condizione di bisogno della persona viene valutata da una Equipe multidisciplinare, utilizzando strumenti riconosciuti e validati a livello nazionale ed internazionale, che permettono una diagnosi codificata da sistemi nosografici e che consentono di avere anche una valutazione multidimensionale delle diverse aree di salute (salute fisica e psichica, adattamento sociale, qualità delle relazioni familiari, ecc.).

Tutto questo richiede necessariamente che venga adottata la multidimensionalità della valutazione dei bisogni, l’impostazione multiprofessionale dei processi diagnostici, oltre alla coerenza e continuità del percorso di cura e di assistenza, al fine di sostenere la persona e la sua famiglia nei diversi passaggi dalla patologia al recupero della salute e benessere.

L’approccio più moderno e innovativo del trattamento delle dipendenze individua l’utilità di promuovere, anche in questo ambito della salute mentale, la Diagnosi Precoce. Numerosi studi a livello internazionale hanno infatti dimostrato – in analogia a altre branche della medicina – come anche per questa patologia una diagnosi precoce aumenti in modo statisticamente significativo il numero delle guarigioni e, per i casi in cui non è possibile una guarigione, migliori in modo sensibile il decorso della malattia, diminuendone i costi a livello personale, familiare, sociale ed economico.

I dati relativi all’Italia, sovrapponibili a quelli della maggior parte dei Paesi occidentali, indicano oggi una DUI (Duration of Untreated Illness) di circa 15 anni: accorciare il tempo che intercorre tra l’inizio dell’uso problematico delle sostanze e l’arrivo ai Servizi di cura è compito preciso di ogni ambito programmatico nel campo delle dipendenze.

In quest'ottica, la valutazione del bisogno e la conseguente presa in carico deve porre massima attenzione all'individuazione di tutte le situazioni iniziali, suscettibili di una prognosi più favorevole, privilegiandone la presa in carico per evitare aggravamenti e cronicizzazioni.

Grande attenzione deve essere posta al fatto che una situazione iniziale può non apparire grave nella sua attualità, ma è fondamentale valutarne le possibili evoluzioni sfavorevoli e investire il massimo delle risorse possibili.

2. IL NUOVO MODELLO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno si inserisce in un più complesso percorso che ha come obiettivi prioritari quelli di orientare l'accesso del cittadino alle diverse terapie e unità d'offerta - anche attraverso l'informazione e l'accompagnamento - garantendo risposte programmate ed appropriate ai bisogni rilevati.

La valutazione multidimensionale o la necessità di approfondimento diagnostico non precludono, in ogni caso, l'accesso e una presa in carico e alla cura anche immediata, laddove si tratti di interventi non procrastinabili nei termini di tutela della salute dell'individuo.

Il modello proposto in questo documento richiede ai Professionisti di utilizzare, nel processo valutativo, strumenti diagnostici da scegliersi tra quelli scientificamente validati e corredati da indagini cliniche.

Sono previsti due momenti successivi di valutazione del bisogno:

- il Triage, che ha lo scopo di valutare l'appropriatezza e la pertinenza della domanda di presa in carico; di rilevare l'eventuale presenza di una condizione di emergenza o pericolo che richieda un intervento immediato; di offrire un primo counselling e orientamento all'utente e/o al familiare che esprimono un bisogno di intervento;
- la Valutazione multidimensionale dei bisogni, che prevede l'approfondimento diagnostico multidisciplinare ed esita in un Profilo di gravità dei bisogni, in funzione del quale verranno definiti il Progetto Individuale di trattamento (PI) ed il correlato Piano di Assistenza Individuale (PAI).

2.1. Il Triage

Viene effettuato un Triage alla persona che si rivolge ad un servizio delle dipendenze entro un tempo massimo di 7 giorni dal primo contatto.

Il Triage è finalizzato a:

- valutare l'eventuale presenza di una condizione di emergenza o pericolo che richieda un intervento urgente in favore della persona da attuarsi o attivarsi da parte del servizio ricevente;
- valutare la pertinenza della domanda di presa in carico al servizio delle dipendenze, distinguendo le richieste da orientare verso altri servizi più indicati e le situazioni per le quali si avvia il processo di diagnosi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- fornire al richiedente (paziente o familiare) informazioni e consulenza sulle tematiche correlate ai disturbi da uso di sostanze e comportamenti additivi, e sul funzionamento dei servizi per le dipendenze.

Il Triage prevede uno o due colloqui con la persona che richiede l'intervento (paziente e/o familiare), nel corso dei quali l'operatore analizza la domanda, identificando l'inviante, valutando la finalità dell'invio, l'urgenza espressa (dall'inviante, dall'utente, dal contesto familiare), la pericolosità percepita, la consapevolezza della presenza di una patologia, il bisogno esplicitato, l'aspettativa di cura, la motivazione e la compliance, la presenza di risorse familiari e della rete formale o informale.

Durante il Triage con il paziente l'operatore utilizza o un test o una scala che analizzino il disturbo da uso di sostanze e addiction (per es. ASI - Addiction Severity Index; MATE Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation), oppure almeno i seguenti agili strumenti di screening allo scopo di orientare i successivi approfondimenti diagnostici:

- CAGE-D
- AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)
- LIE/BET (Questionnaire for screening pathological gamblers)

Il Triage si conclude con uno dei seguenti esiti:

- a. presa in carico della persona (e familiari) con apertura cartella (FASAS) e avvio/attivazione di un intervento urgente, preliminare all'intervento motivazionale, approfondimento diagnostico e valutazione multidimensionale del bisogno;
- b. consulenza specialistica al familiare, pur nella temporanea indisponibilità dell'utente ad accedere ad una presa in carico al servizio;

- c. non presa in carico ed eventuale orientamento verso altri servizi più indicati per rispondere alla domanda.

2.2 La Valutazione Multidimensionale del Bisogno (VMB)

Se la richiesta di presa in carico è pertinente, la persona (e la sua famiglia) viene presa in carico dal Servizio per le Dipendenze ed accede alla Valutazione Multidimensionale del Bisogno.

L'approfondimento diagnostico multidisciplinare in essa previsto avrà una durata massima di tre mesi ed esiterà in un Profilo di gravità del bisogno e un Livello di intensità di cura (alta, media, bassa) nel caso venga posta una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol, gioco d'azzardo.

Per la valutazione specifica del Disturbo da uso di sostanze e gioco d'azzardo il sistema di riferimento è il "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" (DSM), che consente di formulare una diagnosi con criteri univoci, confrontabili in tempi successivi, di valutare eventuali comorbilità di ambito psichiatrico ed è inoltre correlabile agli altri sistemi di classificazione ICD.

E' opportuno utilizzare i criteri della versione DSM più aggiornata come uno strumento utile al clinico sia per la diagnosi del "Disturbo correlato all'uso di sostanze e/o da gioco d'azzardo" sia per la valutazione del suo livello di gravità.

Nella fase di valutazione multidimensionale del bisogno potrà essere effettuato l'intervento motivazionale (colloqui motivazionali e gruppi psicoeducazionali) con l'utente e la sua famiglia per incrementare il livello di partecipazione del paziente e contestualmente raccogliere elementi informativi ed osservativi funzionali alla valutazione stessa del disturbo.

La valutazione multidisciplinare del bisogno (VMB) è finalizzata a:

- attestare la appropriatezza dell'avvio/prosecuzione di interventi in favore dell'utente da parte del sistema dei servizi per le dipendenze o, invece, il suo orientamento accompagnamento ad altro servizio più idoneo a rispondere ai bisogni rilevati;
- certificare l'assenza/presenza di un Disturbo da uso di sostanze legali e illegali o di gioco d'azzardo e del suo livello di gravità secondo i criteri definiti dal DSM;
- individuare le situazioni di esordio che necessitano di una diagnosi precoce e un intervento tempestivo;
- valutare il livello di consapevolezza del problema, motivazione al cambiamento e compliance della persona (e della famiglia) rispetto alle indicazioni dei curanti;

- definire i bisogni rilevati nelle aree medico-sanitaria, psicologica e socio-riabilitativa, e valutarne la gravità (alta, media, bassa);
- determinare il Livello di intensità di cura (alta, media, bassa) necessaria per il trattamento del Disturbo e dei bisogni rilevati;
- definire gli obiettivi della presa in carico (che costituiscono il Progetto Individuale di cura)
- definire la pianificazione appropriata degli interventi indicati da inserire successivamente nel PAI

La valutazione multidimensionale dei bisogni viene svolta dalla Equipe che si avvale dei propri professionisti in funzione della specifica competenza professionale.

Essa prevede l'utilizzo degli strumenti clinici di seguito descritti in relazione alla patologia e alla sensibilità dello strumento.

2.2.1 Colloquio e visita medica

Si tratta di una valutazione atta a formulare una diagnosi tossicologica, verificare la presenza di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive, ed identificare le condizioni cliniche dell'utente che possano influenzare il percorso terapeutico.

Nel corso della prima visita, sulla base della anamnesi medica raccolta, vengono eseguite o prescritte le indagini strumentali clinicamente indicate tra quelle di seguito descritte.

2.2.2. Indagini tossicologiche su campioni biologici

Il fenomeno dell'utilizzo di sostanze e della attuazione di comportamenti di addiction è in costante evoluzione. Negli ultimi anni si è assistito nella popolazione ad un aumento del consumo contemporaneo di più sostanze, lecite e illecite; alla diffusione del binge drinking quale pratica frequente e talvolta rituale nel fine-settimana; alla associazione del consumo di sostanze lecite e illecite con forme di dipendenza comportamentali (per es. il gioco d'azzardo patologico).

La diagnosi, o la mancata diagnosi del disturbo correlato all'uso di sostanze legali e illegali, ha una rilevanza clinica e medico-legale estremamente significativa nella storia della persona. È pertanto opportuno che la prima valutazione tossicologica venga condotta a partire da una attenta raccolta anamnestica sul consumo di tutte le sostanze lecite e illecite e sui comportamenti di addiction. Conseguentemente verranno eseguiti o prescritti gli esami indicati per il paziente, prevedendo nella fase iniziale della prima presa in carico una finestra di osservazione sufficientemente ampia e, soprattutto nei soggetti nuovi che hanno

un' "obiettività muta", con conferma cromatografica. **Su questi soggetti verrà effettuata l'indagine tossicologica su un campione di urina e su matrice cheratinica.** Per quanto riguarda la matrice cheratinica il capello è indubbiamente migliore per la possibilità di datare l'eventuale positività; in assenza di capelli è possibile effettuare l'indagine sul pelo pubico o ascellare.

Le sostanze che possono essere richieste oggi sono innumerevoli e dovrebbero essere ricercate secondo criteri definiti da un'accurata anamnesi tossicologica.

Per gli utenti non conosciuti dal sistema per le dipendenze regionale la ricerca di oppiacei va sempre accompagnata alla ricerca di metadone, buprenorfina, ossicodone, tapentadolo e fentanili.

La ricerca di ETG (etilglucuronilsolfato) è sempre raccomandata in quanto il consumo di alcol va in ogni caso indagato nella popolazione con uso di sostanze psicoattive illegali e gioco d'azzardo patologico.

2.2.3. Esami ematochimici

L'esecuzione del prelievo di sangue ha lo scopo di valutare le condizioni generali di salute del soggetto e gli indicatori relativi al consumo eccessivo di alcol; permette inoltre di effettuare uno screening delle principali patologie infettive che si correlano ai comportamenti a rischio, sia di tipo iniettivo che di trasmissione sessuale, che con una maggior frequenza colpiscono la popolazione che fa uso di sostanze psicoattive.

Al primo ingresso, se non vi sono indicazioni diverse in relazione alla raccolta anamnestica, per la persona con uso di sostanze si suggeriscono gli esami riportati nella tabella seguente:

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| Emocromo completo | Glicemia | Creatininemia |
| Colesterolo totale | Colesterolo HDL | Trigliceridi |
| Bilirubina reflex | ALT | AST |
| GammaGT | Proteine totali+ELF | Elettroliti |
| Esame urine completo | HIV Ab | HBsAg |
| HBcAb | HBsAb titolato | HCV Ab o HCV Reflex |
| HAV Ab | TPHA | VDRL |
| Quantiferon | CDT | VES |

2.2.4. Colloquio psicologico

La valutazione psicologica è volta a: identificare le condizioni psichiche dell'utente; effettuare una diagnosi di Disturbo correlato all'uso di sostanze e/o gioco d'azzardo; formulare una prima ipotesi sul comportamento additivo in relazione all'anamnesi, al funzionamento psicologico e relazionale; verificare e diagnosticare l'eventuale presenza di altra psicopatologia dell'utente. Oltre alla gravità e pervasività del comportamento additivo, indaga alcune variabili-chiave che condizionano la prosecuzione e gli esiti del trattamento, quali per esempio la consapevolezza della patologia, la motivazione al cambiamento, il funzionamento cognitivo, la presenza di un contesto familiare problematico o di supporto.

Fondamentale, ai fini diagnostici, è l'utilizzo dei colloqui clinici integrati da uno o più strumenti diagnostici che verranno indicati nel FASAS.

Laddove è possibile, si prevedono colloqui con i familiari per finalità di valutazione, di consulenza, o di supporto ai familiari stessi o al percorso di cura dell'utente.

Per formulare la propria diagnosi e valutazione lo Psicologo applica uno o più strumenti diagnostici, che sceglierà – esplicitandolo - tra gli strumenti scientificamente validati o utilizzati in studi pubblicati peer reviewed.

2.2.5. Questionari di autovalutazione, Test ed altri strumenti psicodiagnostici

I questionari di autovalutazione sono finalizzati a stabilire la necessità di un ulteriore approfondimento del problema rilevato e non a formulare, da soli, una diagnosi clinica. Inoltre possono essere utilizzati per monitorare l'andamento clinico.

Nella Check-list di sintesi della valutazione del bisogno e nei materiali di lavoro vengono suggeriti alcuni test e strumenti diagnostici particolarmente indicati allo scopo. Il requisito della validazione riduce - al momento della stesura del documento - il numero degli strumenti consigliati su questo criterio, in quanto diversi strumenti di utilità clinica ed efficacia diagnostica, seppure già standardizzati in altri Paesi o utilizzati in studi pubblicati su riviste peer reviewed, non sono ancora disponibili nella versione italiana, o non dispongono della versione italiana validata.

Pertanto la lista degli strumenti consigliati indicati nella Check-list non intende essere né esaustiva né limitativa: altri test e scale potranno essere introdotti disponendo della versione validata.

Ulteriori strumenti possono essere utilizzati in base a necessità e scopi più specifici.

2.2.6. Colloquio socio-educativo

La Valutazione Socio-educativa è finalizzata alla rilevazione e valutazione dei bisogni sociali, educativi e riabilitativi. Raccoglie inoltre elementi utili per la valutazione multidisciplinare e la predisposizione degli interventi successivi.

Al Colloquio socio-educativo (uno o più incontri con l'utente e/o i familiari) l'operatore abbinerà l'utilizzo di uno o più strumenti - validati o corredati da indagini cliniche - utili a valutare il bisogno socio-riabilitativo. La finalità è quella di raccogliere una prima descrizione del sintomo o problema attraverso una sintetica anamnesi, verificare la presenza di risorse familiari, e valutare i bisogni sociali e riabilitativi in alcune aree di vita che richiedano la messa in atto di interventi socioeducativi.

A ciò si affianca l'Indagine di rete che ha lo scopo di aumentare le informazioni utili alla valutazione multidimensionale del bisogno. Essa prevede il raccordo con altri Servizi/operatori/uffici che abbiano o abbiano avuto in carico la persona o l'incontro con altre figure che la persona e l'operatore ritengano significative per la valutazione (per es. datore di lavoro, volontario, amico). Si realizza attraverso contatti ed incontri di rete, colloqui con interlocutori significativi, acquisizione di documentazione.

2.2.7. Check-list della Valutazione Multidimensionale del Bisogno

La Check-list della valutazione multidimensionale suddivide l'esplorazione e la valutazione dei bisogni in **aree** che consentono di individuare dove si collocano le maggiori problematiche.

Essa non deve essere intesa come un elenco di domande da sottoporre al soggetto in un tempo definito, **quanto come un promemoria che orienta gli operatori nello individuare le aree di possibile bisogno, in tempi e con strumenti diversi, evitando di trascurarne alcune.**

La Check-list della valutazione multidimensionale dei bisogni verrà pertanto compilata progressivamente (già a partire dal Triage) da parte della equipe multidisciplinare, per quanto di specifica competenza professionale degli operatori coinvolti sul caso. A tale scopo essi utilizzeranno visite e colloqui ed almeno uno strumento oggettivo – da scegliersi tra quelli elencati nel presente documento, o altri purché validati ed indicati per ciascuna delle aree indagate (medico-sanitaria, psicologica, socioriabilitativa).

La diagnosi ed il livello di gravità dei bisogni individuati per ciascuna area orienteranno nel definire coerentemente le azioni previste dal PI e PAI, nella consapevolezza che questo passaggio non si tradurrà nella meccanica trasposizione del livello di gravità nell'attuazione di un intervento corrispondente, ma terrà conto di elementi di contesto, della precocità dell'intervento, della motivazione e compliance, che individueranno come opportuni e realizzabili gli interventi possibili.

Alla valutazione di nullo/lieve/moderato/grave - che verrà assegnato agli indicatori combinando le risultanze derivate dalle visite/colloqui con gli elementi forniti dalla somministrazione di test o scale - è associato un valore numerico (nullo = 0, lieve = 1, moderato = 2, grave = 3) che, sommato per ciascuna delle aree indagate, determinerà un **Punteggio di Gravità per ciascuna Area.**

Un modello matematico applicato alla Check-list calcolerà il **Profilo di Gravità Complessivo del Bisogno** dell'utente, anche tenendo conto della indicazione di un intervento precoce e della motivazione/compliance espressa dall'utente.

Ciò in riferimento al fatto che una quota della utenza con un esordio della patologia più recente, pur avendo una diagnosi di disturbo più lieve, possa avere una prognosi più favorevole e comunque richiedere un intervento multidisciplinare più intensivo, non essendoci state precedenti esperienze di trattamento e presa in carico. Ed è altrettanto vero che, al di là della gravità dei bisogni, la erogabilità delle prestazioni e la loro efficacia è significativamente correlata alla motivazione e alla compliance del paziente e del contesto familiare.

Sia i punteggi di gravità di ciascuna Area che il Profilo di Gravità Complessivo del Bisogno avranno un'evoluzione dinamica nel tempo e saranno quindi uno strumento utile nel monitoraggio dell'andamento in itinere (al tempo zero e alle successive valutazioni) dello stato di bisogno/benessere specifico per area e complessivo dell'utente.

3. LIVELLO DI INTENSITA' DI CURA, PI E PAI

3.1. Livello di intensità di cura

Gli esiti della Valutazione del bisogno (punteggio totale e delle singole aree) confluiscono nel Progetto Individuale (PI). Al Profilo di Gravità Complessivo del Bisogno si correla il Livello di intensità di cura, cioè la numerosità complessiva delle prestazioni che viene preventivata per rispondere ai bisogni, così come rilevati con la VMB.

Il Livello di intensità di cura si declina in tre fasce (alta, media, bassa intensità) che implicano una diversa numerosità di erogazione di prestazioni.

Il Profilo di Gravità si associa ai diversi Livelli di intensità di cura secondo i punteggi definiti dalla check list, indicativamente descritti come di seguito:

*-Alta intensità di cura: un livello di alta intensità di cura viene generalmente previsto per gli utenti per cui, come esito della VMB, risulti una delle due seguenti condizioni:

1. una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol o da gioco d'azzardo di livello grave, associata a bisogni rilevati in tre aree oppure in due aree, di cui almeno una di livello grave;
2. una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol o da gioco d'azzardo di qualsiasi livello di gravità in persona con età inferiore ai 24 anni o con recente esordio del Disturbo (negli ultimi 3 anni) o ricomparsa del sintomo oppure recidiva dopo protratta remissione del sintomo (di almeno 6 mesi).

* Media intensità di cura: un livello di media intensità di cura viene generalmente previsto per gli utenti per cui, come esito della VMB, risulti una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol o da gioco d'azzardo di livello moderato, associata a bisogni di gravità moderata rilevati in almeno due aree oppure di bisogno grave in un'unica area.

* Bassa intensità di cura: generalmente si prevede per la presa in carico di pazienti per cui, come esito della VMB, si ponga una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol o da gioco d'azzardo

di livello lieve o in remissione, eventualmente associata a un bisogno moderato in un'unica area e/o bisogni lievi in una o due aree.

3.2. Progetto Individuale (PI) e Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Effettuata la Valutazione Multidisciplinare dei Bisogni - laddove si ponga una diagnosi di disturbo da uso di alcol, sostanze, gioco d'azzardo - gli operatori attivi sul caso, all'interno di in un loro incontro d'équipe, compilano il Progetto Individuale di cura (PI).

Nel PI - confluiscono gli esiti della VMB (Valutazione di sintesi della Check list), e cioè:

- a) la tipologia del Disturbo ed il suo livello di gravità, valutati secondo i criteri del DSM;
- b) il Profilo di gravità complessivo del bisogno (nullo, lieve, moderato, grave);
- c) il Livello di gravità (nullo, lieve, moderato, grave) dei bisogni valutati per ciascuna delle aree;
- d) la sussistenza dell'indicazione per un intervento precoce;
- e) il Livello di intensità di cura complessiva prevista per rispondere ai bisogni rilevati;
- f) gli obiettivi della presa in carico: cura del Disturbo con monitoraggio del sintomo e dello stato di salute; risposta ai bisogni rilevati nelle diverse aree della VMB.

Nel conseguente Piano di Assistenza Individuale (PAI), la équipe multidisciplinare programma gli interventi e le prestazioni indicati per rispondere ai bisogni rilevati nelle diverse aree (medico-sanitaria, psicologica - psicopatologica, socio-riabilitativa) e raggiungere gli obiettivi della presa in carico.

3.3. Monitoraggio e Valutazione dell'Esito del PAI e PI

Con il PAI si programmano le prestazioni per rispondere ai bisogni rilevati e raggiungere gli obiettivi di cura o monitoraggio definiti nel PI. Il PAI ha una durata massima di 12 mesi e prevede la individuazione di un Case manager. Il monitoraggio del suo andamento avviene in itinere, con l'osservazione clinica e gli strumenti scelti dalla équipe curante tra quelli già suggeriti per la VMB. Nel caso che il paziente sia affetto da un Disturbo da uso di sostanze, sono sempre da prevedersi periodiche visite mediche con i connessi esami di laboratorio (almeno semestrali) per il monitoraggio dello stato di salute e dell'andamento del sintomo.

Gli operatori registrano puntualmente nel FASAS le prestazioni erogate all'utente riportando sinteticamente nei diari: la compliance; l'andamento del sintomo; l'evoluzione dei bisogni.

In vista della scadenza del PAI, oppure in presenza di elementi nuovi che lo suggeriscano, il Case manager indice un incontro di equipe con gli operatori che hanno in carico l'utente per svolgere la Valutazione dell'Esito degli interventi effettuati.

Pertanto, il rinnovo del PAI diventa anche lo strumento per la valutazione in itinere degli esiti.

In particolare, l'equipe degli operatori attivi sul caso procede alla valutazione dell'esito del PAI e del PI rivalutando l'attualità di quanto in essi contenuto mediante l'analisi dei punteggi assegnati nel corso della VMB alle seguenti variabili:

- a) la tipologia del Disturbo ed il suo livello di gravità nella attualità, secondo i criteri del DSM;
- b) il profilo di gravità attuale Complessivo del bisogno (nullo, lieve, moderato, grave);
- c) il livello di gravità attuale (nullo, lieve, moderato, grave) dei bisogni valutati per ciascuna delle aree medica, psicologica e socio-riabilitativa;
- d) il livello di motivazione al cambiamento e compliance (buono, sufficiente, insufficiente, nullo), valutando la continuità o l'interruzione della presa in carico, la presenza agli appuntamenti e la fruizione degli interventi programmati;
- e) il grado di raggiungimento degli obiettivi della presa in carico: l'andamento del Disturbo (remissione, miglioramento, stabilizzazione, peggioramento); l'andamento dei bisogni rilevati nelle diverse aree della VMB (remissione, miglioramento, stabilizzazione, peggioramento).

Dal confronto di questi dati rilevati all'inizio (T0) e al termine del PAI (T1), si otterrà un indice di efficacia (buona, sufficiente, parziale, nulla) degli interventi attuati.

4. ESITO

La Valutazione di Esito del PAI e del PI darà indicazione degli interventi da intraprendere successivamente:

4.1 Prosecuzione della presa in carico con rivalutazione Multidimensionale del Bisogno:

questa opzione è indicata se – nonostante gli interventi attuati - si rileva un aggravamento del Disturbo o dei bisogni ad esso associati, oppure se si mantiene nel tempo un profilo di gravità complessiva alta o moderata. In questi casi gli operatori effettuano una rivalutazione Multidimensionale del Bisogno utilizzando la Check-list - secondo la procedura già descritta - per l'aggiornamento della diagnosi del Disturbo e

per le sole aree nella quali il bisogno appare ancora elevato. L'esito consentirà la revisione del Livello di intensità di cura e la formulazione coerente dei nuovi PI e PAI.

4.2 Proseguimento della presa in carico in continuità con le terapie già in corso: questa indicazione è data dalla valutazione di efficacia degli interventi attuati, che hanno dimostrato di produrre un miglioramento del Disturbo e dei bisogni ad esso associati valutati inizialmente o almeno la stabilizzazione di una condizione di bisogno (Profilo di gravità) complessivamente lieve. In questi casi gli operatori danno continuità alle terapie in corso, aggiornando e rinnovando il PI e PAI già in essere.

4.3 Proseguimento della presa in carico per monitoraggio e follow-up,

questa opzione è indicata se lo stato attuale del Disturbo e dei bisogni associati non richiede ulteriori interventi terapeutici, ma solo puntuali prestazioni di monitoraggio e supporto degli obiettivi di cura già raggiunti. In questi casi, dando continuità al PI e PAI completati, gli operatori aggiornano i dati in essi contenuti; stabiliscono nel PI l'obiettivo del monitoraggio, mantenimento e follow-up; programmano nel PAI la tipologia e numerosità delle prestazioni indicate allo scopo.

4.4 Dimissione

In accordo con quanto previsto dal DSM la presa in cura si conclude dopo un periodo di remissione protratta del sintomo per un periodo superiore a 12 mesi conseguito al di fuori di un ambiente protetto/controllato o al termine di qualsiasi intervento terapeutico connesso. Viene mantenuto in carico il paziente, seppure in remissione protratta e in assenza di interventi terapeutici, se vi sia una prescrizione da parte dell'Autorità Giudiziaria, a scopo di monitoraggio.

4.5 Conclusione della presa in carico e dimissione.

La cartella dell'utente (FASAS) viene chiusa entro 30 giorni dalla ultima prestazione diretta. Deroghe sono possibili - comunque non oltre i 60 giorni solo se motivate ed esplicitate nel FASAS (per es. per assenza temporanea del paziente).

5. MATERIALE DI LAVORO

La Valutazione multidimensionale può avvalersi di una serie di materiali di lavoro che Regione Lombardia condividerà con le UDO coinvolte tramite specifica nota. Tale materiale è costituito da uno strumento in format Excel per il calcolo del criterio di gravità, da un elenco di strumenti utili in fase di triage:

- Il CAGE-AID (Adapted to Include Drugs) è una versione adattata del questionario di screening CAGE per comprendere anche l'uso di sostanze. Lo stesso contenuto delle domande del CAGE originale, riferite solo all'alcol, viene esteso anche alle sostanze. È rivolto sia agli adulti che agli adolescenti. Lo strumento richiede pochi minuti per la somministrazione e lo scoring.
- L'AUDIT-C è uno strumento breve di screening sull'alcol a 3 item che aiuta a identificare e persone che sono bevitori a rischio o che hanno un disturbo da uso attivo di alcol. È una versione modificata dell'AUDIT di 10 domande, di cui riprende solo le prime tre domande sul consumo di alcol. Può essere somministrato come intervista da parte dell'operatore o come auto-valutazione da parte del paziente. Proprietà psicometriche: in generale l'AUDIT-C ha mostrato di avere una sensibilità del 54-98% e una specificità del 57-93% per varie definizioni di consumo (Fiellin et al., 2000). Tra gli uomini il miglior cut-off è stato 5 (sensibilità al 92.4% e specificità al 74.3%), e tra le donne 4 (sensibilità al 90.9% e specificità al 68.4%) (Gual et al., 2002)
- Il LIE-BET è un breve questionario di screening, estremamente semplice e maneggevole di sole due domande, con risposte binarie (Si/No). Le domande si basano su criteri selezionati del DSM, identificati come migliori predittori del gioco d'azzardo patologico, spesso collegati: Tolleranza ("Ha mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?") Menzogna ("Si è già sentito di dover tenere nascosta l'entità del suo giocare a quelli che gli stanno più vicino?"). Può essere somministrato come intervista da parte dell'operatore o come auto-valutazione da parte del paziente.

Il materiale di lavoro conterrà anche una Check list di Valutazione del Bisogno con le aree di valutazione e gli elementi da valutare. Infine, sarà condiviso un elenco dei test riconosciuti in letteratura come i più affidabili e attendibili nell'area delle dipendenze.

ALLEGATO 3 - SISTEMA OFFERTA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE AREA DIPENDENZE

La Legge regionale n. 23 del 14/12/2020 definisce un nuovo sistema dell'offerta per l'area delle dipendenze patologiche, intesa sia dipendenza derivata da uso di sostanze, sia dipendenza derivata da comportamenti patologici quali il gioco d'azzardo patologico.

La legge istituisce i Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze (CRD), in forma residenziale e semiresidenziale ai fini del superamento della frammentazione prevedendo un aggiornamento dei criteri di accreditamento nelle diverse aree di intervento.

I CRD, all'interno della dotazione di posti letto accreditati, possono offrire programmi specializzati, terapeutici, educativi e di doppia diagnosi; la tipologia di prestazioni fornibili nell'ambito di ciascuna Area, da ogni CRD, è definita contrattualmente da ogni ATS, sulla base di criteri di accreditamento e contrattualizzazione e delle indicazioni sul dimensionamento dell'offerta necessaria, tenendo conto dell'adeguatezza della dotazione organica della struttura accreditata e dell'adeguatezza strutturale ed organizzativa, relativa ai programmi da realizzare.

Si dispone pertanto di rivedere il sistema delle unità di offerta sociosanitarie, ridefinendo i requisiti di esercizio e accreditamento, anche in recepimento di quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 21/03/2024.

Il nuovo sistema di offerta residenziale e semiresidenziale configura un modello integrato di intervento nel quale il trattamento residenziale e/o semiresidenziale costituisce una strategia terapeutica applicabile in specifiche fasi del percorso di cura dell'utente. Tale modalità non è concepita come unica o esclusiva, bensì come una componente modulare e integrata all'interno di un continuum di interventi sanitari, sociosanitari e sociali, erogati sia in ambito ambulatoriale sia in ambito territoriale.

Il sistema garantisce una continuità assistenziale, rispondendo in maniera dinamica ai bisogni clinici e psicosociali degli utenti nelle diverse fasi evolutive o involutive. La struttura integrata e flessibile assicura il coordinamento intra e intersettoriale all'interno del sistema regionale per le dipendenze, favorendo al contempo l'accesso e la fruibilità effettiva degli ulteriori servizi regionali di natura sanitaria, sociosanitaria, sociale, penale, formativa e delle politiche attive per l'inserimento lavorativo, al fine di garantire un percorso assistenziale personalizzato e multidimensionale.

Nel nuovo sistema di offerta si intende rispondere alla crescente complessità clinica e sociale rilevata nei profili degli utenti in carico, attraverso un potenziamento dei servizi specialistici e la progettazione di interventi in grado di accompagnare gli utenti lungo tutte le fasi del percorso individuale, con particolare attenzione al reinserimento socio-lavorativo e abitativo. Tale processo sarà favorito dalla creazione di sinergie operative tra i diversi soggetti.

L'obiettivo principale del nuovo sistema è quello di assicurare ad ogni utente un percorso terapeutico-riabilitativo coerente con il proprio stato evolutivo, garantendo la continuità assistenziale durante l'intero svolgimento del Programma Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP/PI), nel passaggio tra diversi setting assistenziali, fino alle fasi di reinserimento socio-lavorativo e di post-care. Il sistema deve risultare sufficientemente flessibile per adattarsi ai bisogni mutevoli dell'individuo, garantendo la congruità e l'appropriatezza degli interventi rispetto alla fase del percorso clinico-riabilitativo.

A garanzia della continuità assistenziale efficace e appropriata all'interno del sistema regionale delle dipendenze, si ritiene opportuno che i diversi Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze (CRD) in forma sia residenziale sia semiresidenziale stipulino accordi formali tra loro. Tali intese dovranno regolamentare la necessaria fluidità nei passaggi degli utenti tra i diversi livelli di intensità assistenziale, come previsti all'interno dei rispettivi Programmi Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP).

A tal fine, ogni CRD residenziale potrà destinare una quota limitata di posti letto di ciascun modulo funzionale,

(massimo 1/3 dei posti accreditati per ciascun modulo) a persone già in carico, per offrire un'assistenza a intensità inferiore. Questa misura consente di concludere il PTRP/PI e di accompagnare l'utente verso il reinserimento, mantenendo la continuità dell'équipe multidisciplinare di riferimento.

A titolo esemplificativo:

-CRD residenziale accreditata per n. 20 posti di alta intensità può destinare massimo 7 posti a media o bassa intensità nell'ambito della capacità ricettiva massima di 20;

- CRD accreditata per 25 posti di cui 15 posti di alta intensità e 10 in media intensità può destinare 5 posti da alta a media o bassa intensità e 3 posti da media a bassa intensità per un totale di posti letto accreditati totali pari a 25.

Tale possibilità deve essere attivata in stretta condivisione con i servizi territoriali per le dipendenze e dovrà tenere conto della pertinenza della scelta con i bisogni e le specificità della persona. I posti così riservati, pur rientrando nella capacità ricettiva accreditata, saranno finalizzati esclusivamente alla presa in carico a minore intensità assistenziale di utenti già inseriti nei percorsi residenziali. Gli standard di personale relativi a tali posti saranno determinati secondo i parametri previsti per le corrispondenti intensità assistenziali inferiori e contribuiranno al soddisfacimento degli standard di accreditamento dell'Unità di Offerta (UdO) di riferimento. Non è prevista la possibilità sopra rappresentata per i moduli funzionali di bassa intensità e per il modulo funzionale di alta intensità CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE PER NUCLEI FAMILIARI (con o senza figli minorenni).

Si stabilisce che la classificazione dell'intervento non si basi unicamente sulla diagnosi principale, ma sia definita in funzione del progetto terapeutico personalizzato e dell'intensità di cura prevista. Tale intensità assistenziale e terapeutico-riabilitativa potrà essere modulata e adeguata nel corso delle diverse fasi del percorso dell'utente.

Il nuovo sistema di offerta sarà pertanto articolato in tre macro aree di intervento a carattere residenziale, differenziate in base ai livelli di intensità assistenziale e/o terapeutico-riabilitativa:

1 AREA SPECIALISTICA AD ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO-RIABILITATIVA:

A) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA CON PROGRAMMI DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE*

B) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI AD ALTA INTENSITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA, SANITARIA E PSICO-SOCIO-EDUCATIVA*

C) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE PER NUCLEI FAMILIARI (Con o senza figli minorenni)*

2. AREA A MEDIA INTENSITÀ ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO-RIABILITATIVA:

A) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS)*

B) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA)*

3. AREA A BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE, PEDAGOGICO-RIABILITATIVA E ORIENTATA AL REINSERIMENTO:

A) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI PEDAGOGICO RIABILITATIVI A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE*

B) *CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI DI REINSERIMENTO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE*

Anche per le CRD a carattere semiresidenziale si definiscono diversi livelli di intensità assistenziale:

1. AREA SPECIALISTICA AD ALTA INTENSITÀ ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO-RIABILITATIVA:

- CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) SEMIRESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA CON PROGRAMMI DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

- CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) SEMIRESIDENZIALE CON PROGRAMMI AD ALTA INTENSITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA, SANITARIA E PSICO-SOCIO-EDUCATIVA

2. AREA A MEDIA E BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO-RIABILITATIVA:

-CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) SEMIRESIDENZIALE CON PROGRAMMI A MEDIA E BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE

ACCESSO NEI CRD - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

Se la richiesta di presa in carico è pertinente, la persona (e la sua famiglia) viene presa in carico dal Servizio Ambulatoriale per le Dipendenze ed accede alla Valutazione Multidimensionale del Bisogno.

L'approfondimento diagnostico multidisciplinare in essa previsto avrà una durata massima di tre mesi ed esiterà in un Profilo di gravità del bisogno e un Livello di intensità di cura (alta, media, bassa) nel caso venga posta una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, alcol, gioco d'azzardo.

Per la valutazione specifica del Disturbo da uso di sostanze e gioco d'azzardo il sistema di riferimento è il "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" (DSM), che consente di formulare una diagnosi con criteri univoci, confrontabili in tempi successivi, di valutare eventuali comorbidità di ambito psichiatrico ed è inoltre correlabile agli altri sistemi di classificazione ICD.

È opportuno utilizzare i criteri della versione DSM più aggiornata come uno strumento utile al clinico sia per la diagnosi del "Disturbo correlato all'uso di sostanze e/o da gioco d'azzardo" sia per la valutazione del suo livello di gravità.

Nella fase di valutazione multidimensionale del bisogno potrà essere effettuato l'intervento motivazionale (colloqui motivazionali e gruppi psicoeducazionali) con l'utente e la sua famiglia per incrementare il livello di partecipazione del paziente e contestualmente raccogliere elementi informativi ed osservativi funzionali alla valutazione stessa del disturbo.

La valutazione multidisciplinare del bisogno (VMB) è finalizzata a:

- attestare l'appropriatezza dell'avvio/prosecuzione di interventi in favore dell'utente da parte del sistema dei servizi per le dipendenze o, invece, il suo orientamento e/o accompagnamento ad altro servizio più idoneo a rispondere ai bisogni rilevati;
- diagnosticare e certificare la presenza di un Disturbo da uso di sostanze legali e illegali o di gioco d'azzardo e del suo livello di gravità secondo i criteri definiti dal DSM;
- individuare le situazioni di esordio che necessitano di una diagnosi precoce e un intervento tempestivo;
- valutare il livello di consapevolezza del problema, motivazione al cambiamento e compliance della persona (e della famiglia) rispetto alle indicazioni dei curanti;
- definire i bisogni rilevati nelle aree medico-sanitaria, psicologica e socio-riabilitativa, e valutarne la gravità (alta, media, bassa);
- determinare il Livello di intensità di cura (alta, media, bassa) necessaria per il trattamento del Disturbo e dei bisogni rilevati;
- definire gli obiettivi della presa in carico (che costituiscono il Progetto Individuale di cura)

La valutazione multidimensionale dei bisogni viene svolta dall'Equipe che si avvale dei propri professionisti in funzione della specifica competenza professionale.

Essa prevede l'utilizzo degli strumenti clinici in relazione alla patologia e alla sensibilità dello strumento.

La Valutazione può esitare in una richiesta di inserimento in CRD in forma residenziale o semiresidenziale, con la definizione del livello di intensità assistenziale necessario e la tipologia di modulo funzionale più appropriato per i bisogni e la specificità della singola persona. In tal caso il Servizio Ambulatoriale per le Dipendenze definisce il Programma Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP/PI), in collaborazione con la CRD individuata per la presa in carico.

CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DI UN INTERVENTO RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE

All'interno del target definito come destinatario degli interventi dell'intero sistema, si ritiene utile l'intervento residenziale o semiresidenziale nelle seguenti situazioni singole o concomitanti:

- Incapacità dell'utente di gestire e contenere il comportamento di addiction pur in presenza di seri rischi per la propria salute fisica e mentale;
- Contesto relazionale-affettivo disfunzionale che favorisce e sostiene il disturbo da uso di sostanze o comportamentale;
- Situazione gravemente disfunzionale o fortemente compromessa da un punto di vista sociale (casa, reddito ecc.);
- Carenza di risorse di rete e assenza di condizioni per la definizione di un progetto di trattamento territoriale anche al fine di un programma alternativo alla pena;
- Quando si ritengano indicate e utili modalità di intervento riabilitativo e di assistenza molto più estese/intense di quelle che il livello ambulatoriale è in grado di garantire; una maggiore pervasività dell'intervento grazie alla presenza dell'utente nel servizio per tutta la giornata o per 24 ore;
- Quando si necessiti di un contesto privilegiato per l'osservazione, per l'individuazione di risorse e strategie di intervento o per affrontare problematiche relative alla compliance;
- Quando si ritenga che il contesto di convivenza gruppale sia una strategia utile per l'intervento. La convivenza gruppale come strategia evolutiva può rappresentare un criterio per la proposta di un intervento residenziale o semiresidenziale, ma anche un criterio di esclusione contingente e/o momentaneo, dove si ritenga che l'utente, in quello specifico momento storico, non disponga delle competenze relazionali e/o comportamentali minime necessarie per poter utilizzare la convivenza gruppale h24, quale elemento utile al raggiungimento degli obiettivi di cura nello specifico contesto di gruppo;

La definizione del target e dei criteri per l'attivazione dei servizi residenziali e semiresidenziali consente innanzitutto di individuare chi possa essere considerato utente dei servizi differenziandolo da chi non possa essere ritenuto un potenziale utente degli stessi.

Si ritiene indicato stabilire dei criteri condivisi che consentano di ridurre i due seguenti rischi:

1. Non poter garantire agli utenti in carico ai Servizi Territoriali delle Dipendenze la reale esigibilità del diritto di cura/riabilitazione in servizi residenziali e/o semiresidenziali;
2. Inserire e/o mantenere in carico nei CRD, persone con bisogni e/o condizioni sanitarie e/o assistenziali incompatibili con le reali possibilità di rispondere a tali bisogni, pur nel rispetto, da parte dei CRD, dei criteri di accreditamento della specifica UdO.

In relazione al secondo punto si ritiene necessario valutare con attenzione, da parte dell'equipe di cura dei Servizi Territoriali delle Dipendenze, la presenza o meno di condizioni acute. In particolare, si ritiene indicato evitare di inserire o mantenere in carico alle diverse forme di assistenza in CRD, persone nelle seguenti condizioni cliniche:

1. Persone con livelli di intossicazione da sostanze legali, illegali e psicofarmacologiche tali da rendere indicato, un propedeutico ricovero sanitario/ospedaliero atto a svolgere un adeguato piano disintossicante e/o di stabilizzazione psicofarmacologica;
2. Persone che presentino aspetti relativi a comportamenti aggressivi verso sé stessi e/o verso i conviventi tali da rendere indicato un ricovero sanitario/ospedaliero atto a superare la fase acuta e a raggiungere un'adeguata stabilizzazione psicofarmacologica;

3. Persone che necessitano di rimanere allettate per lunghi periodi di tempo e/o persone che necessitino di assistenza/sorveglianza sanitaria ad personam, continuativa h 24.

Nella ricerca/definizione del corretto matching tra utente e CRD, sono da considerare i seguenti due elementi:

1. La diagnosi, la certificazione, la prescrizione di cura e la definizione del Programma Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP/PI) è definito dall'equipe della presa in carico Servizi Territoriali delle Dipendenze a seguito di una Valutazione Multidimensionale del Bisogno (VMB) che consentirà di individuare il livello di intensità di cura atteso (ALTA-MEDIA-BASSA); la certificazione e la VMB diventano un requisito propedeutico alla richiesta di inserimento in UdO dipendenze. Per l'Unità d'Offerta (UdO) Pronta accoglienza di Osservazione e Valutazione, a titolo sperimentale, l'accesso può avvenire, come meglio indicato nello specifico paragrafo, anche senza certificazione. La stessa, supportata da idonei esami strumentali, deve essere acquisita dalla CRD entro 30 giorni.
2. Tale PTRP/PI deve venire definito in collaborazione con la CRD residenziale e/o Semiresidenziale ed ha durata semestrale, salvo emergano elementi per i quali, tra CRD, Servizi Territoriali delle Dipendenze e utente, e si ritenga pertanto necessario anticipare la revisione del PTRP.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE PAI

A seguito della Valutazione la CRD predispone il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

I PAI dovranno essere condivisi sia in fase di prima stesura sia di rivalutazione con i Servizi Territoriali delle Dipendenze ed essere coerenti con quanto definito nel PTRP/PI.

Considerato che nello sviluppo dei percorsi riabilitativi possono emergere esigenze e situazioni che richiedano interventi di differenti intensità rispetto a quanto progettato in fase di avvio o di inserimento, si stabilisce che i PAI abbiano, di norma, una durata semestrale e debbano essere periodicamente rivisti, confermati o modificati, anche in relazione alle diverse intensità di cura attesa. Tali programmi sono redatti in accordo e sottoscritti dall'utente e, per i minorenni inseriti, dalla famiglia o da chi ne abbia la potestà. La revisione dei PAI può essere effettuata anche prima di sei mesi qualora emergano elementi per i quali, tra CRD, Servizi Territoriali delle Dipendenze e utente, si ritenga necessario anticiparne la revisione.

ACCESSO IN CRD PRONTA ACCOGLIENZA DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

L'accesso alla CRD Pronta Accoglienza di Osservazione e valutazione può avvenire acquisendo successivamente, da un Servizio Territoriale per le dipendenze, la certificazione di dipendenza.

La CRD dovrà raccordarsi con un Servizio Territoriale per le dipendenze, al fine di procedere celermente alla certificazione e individuazione del programma idoneo. Il Servizio Territoriale dovrà informare il Servizio di residenza della persona dell'attivazione del percorso di accoglienza per concordare la prosecuzione del programma.

Tale modalità di accoglienza è sperimentale e potrà riguardare solo le persone per le quali si presume l'abuso di sostanze psicoattive e con particolari condizioni di disagio sociale.

Devono essere sussistere le seguenti situazioni:

- abitative precarie o inesistenti;
- difficile aggancio da parte dei Servizi Territoriali;
- igieniche sanitarie precarie;
- alterazioni comportamentali associabili al presunto abuso di sostanze.

Verranno identificate una CRD Pronta Accoglienza di Osservazione e valutazione per ciascuna ATS, tramite avviso di manifestazione di interesse (in caso siano presenti più di una CRD Pronta Accoglienza di Osservazione e valutazione accreditata e a contratto), e un numero di massimo 5 posti letto che si possono occupare con tale modalità di accesso semplificata.

Le indicazioni operative verranno fornite dalla UO Polo Territoriale – DG Welfare.

REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E GESTIONALI PER CRD IN FORMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Si ritiene utile precisare alcune tematiche in merito all'applicazione dei requisiti prevista dal presente provvedimento in recepimento dell'Intesa Stato Regioni del 21.3.2025 e di quanto previsto dalla Legge Regionale n. 23/2000.

Nello specifico si precisa che i requisiti strutturali del presente provvedimento, così come previsto dalla Legge Regionale n. 23/2020 - art. 11 comma 4, non vengono applicati per le UdO residenziali e semiresidenziali già accreditate alla data di approvazione del seguente provvedimento. Per le UdO già accreditate si applicano i requisiti strutturali delle DGR n. 41878 del 12.3.1999, DGR n. 12621 del 7.4.2023 e DGR n. 2569 del 31.10.2014 e smi.

Pertanto, i requisiti strutturali previsti dal presente atto sono da applicarsi alle CRD semiresidenziali e residenziali di nuovo accreditamento o ampliamento delle UdO già accreditate.

Rimangono invece applicabili a tutte le CRD residenziali e semiresidenziali i requisiti organizzativo-gestionali previsti dal presente provvedimento.

Si definisce, per le sole CRD residenziali già accreditate alla data del presente provvedimento con più sedi operative (afferenti al medesimo CUDES), di confermare la possibilità di avere oltre alla sede principale massimo due sedi secondarie, ubicate nel medesimo Comune della prima sede.

Le sedi secondarie dovranno afferire amministrativamente e funzionalmente al CUDES della sede principale.

In tal caso, ogni sede dovrà essere dedicata ad un unico modulo funzionale o ad una fase del percorso riabilitativo, in modo da assicurare la continuità assistenziale con possibilità di presa in carico della persona nei diversi livelli di intensità di cura/fasi del percorso riabilitativo.

Non è ammessa nelle sedi secondarie l'attivazione di moduli funzionali di alta intensità assistenziale.

In merito ai requisiti strutturali specifici, stante quanto sopra precisato per le UdO già accreditate, si ritiene che nella sede principale debbano essere posseduti tutti i requisiti generali e specifici, invece nella sede secondaria devono essere posseduti i requisiti previsti dal regolamento applicativo del piano di governo del territorio (regolamento edilizio e regolamento di igiene), con l'obbligo di garantire la disponibilità di almeno una camera e di un servizio igienico ad uso esclusivo dell'operatore.

Per quanto concerne i requisiti gestionali, il minutaggio assistenziale previsto dovrà essere rispettato in modo complessivo, considerando l'attività svolta su tutte le sedi.

Mentre per il requisito della copresenza, in presenza di utenti nelle diverse sedi, dovrà essere garantita la presenza di almeno un operatore per ciascuna sede oltre ad un ulteriore operatore incaricato di assicurare la copresenza dinamica tra le sedi, in funzione delle attività previste e nel rispetto delle qualifiche richieste per ciascun modulo funzionale attivato. Durante il turno notturno, dovrà essere assicurata la presenza fisica di almeno un operatore per sede, in possesso della qualifica richiesta in relazione al modulo attivato.

È obbligatoria, in caso di più sedi operative, la redazione di un documento organizzativo che descriva il collegamento operativo tra sede principale e sede/i secondaria/e. Tale documento dovrà indicare chiaramente le modalità:

- di presenza e reperibilità del personale;
- per garantire la copresenza;
- per la comunicazione fra le sedi;
- per la gestione e la conservazione della terapia e dei FASAS.

Si dispone che non è possibile avviare sedi secondarie se non già accreditate alla data del presente provvedimento.

ABILITAZIONE/ACCREDITAMENTO

Ogni CRD sia in forma residenziale sia semiresidenziale può avere più moduli funzionali, nel rispetto dei tetti

previsti per lo specifico modulo, che saranno considerati come setting differenti di intervento del CUDES assegnato alla CRD.

Le CRD in area semiresidenziale devono avere un CUDES specifico assegnato per tale tipologia di erogazione, che non può essere il medesimo della CRD residenziale presso la quale è ubicato.

Per tutto il sistema residenziale e semiresidenziale si stabilisce:

Entro il 31/3/2026 verrà effettuata, con il supporto delle ATS, una ricognizione con i gestori di comunità residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze al fine di definire il nuovo possibile assetto a seguito delle modifiche apportate al sistema dal presente provvedimento. ATS dovrà trasmetterne l'esito secondo modalità e tempistiche definite dalla U.O. Polo Territoriale - DG Welfare.

Regione Lombardia, in collaborazione con il Tavolo Tecnico Dipendenze, procederà in parallelo ad effettuare un'analisi del fabbisogno regionale di posti letto distinti nelle diverse intensità di cura e tipologie di trattamento.

All'esito della ricognizione e della valutazione del fabbisogno si procederà alla riclassificazione dei posti letto. Il nuovo assetto, secondo quanto previsto dal presente provvedimento, verrà implementato dal 1/1/2027. Successive indicazioni operative verranno trasmesse a cura della U.O. Polo Territoriale – DG Welfare.

Gli accreditamenti di nuovi posti/comunità saranno possibili solo dopo il 01/01/2027, a percorso di riclassificazione concluso, mediante presentazione di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento e secondo quanto definito nel presente allegato

Saranno comunque possibili, nel 2026, volture di accreditamento e modifiche relative alle articolazioni degli spazi ed eventuali trasferimenti di sedi già accreditate, nelle consuete modalità previste dalla DGR 2569/2014 e smi. In tali casi vengono avviati due procedimenti amministrativi distinti uno per la riclassificazione e uno per la voltura/SCIA contestuale.

In caso di voltura l'istanza di riclassificazione dovrà essere presentata, nei termini sopra precisati, dal gestore già accreditato con provvedimento regionale per tale unità d'offerta.

FORMAZIONE DEL PERSONALE DI SUPPORTO – PERSONALE PROVIENENTE DA PERCORSI RIABILITATIVI

Il personale di supporto proveniente da percorsi riabilitativi potrà essere rendicontato ai fini dello standard gestionale solo dopo la conclusione del corso di formazione regionale.

Tale personale che ha un contratto di lavoro e presta già un'attività lavorativa presso una comunità alla data approvazione del presente atto potrà accedere in via prioritaria ai corsi che Regione organizzerà dal secondo semestre 2026.

Le persone assunte dopo la data di approvazione del presente documento potranno partecipare ai corsi regionali in coda al personale già in servizio.

Dal 2027 i corsi di formazione, ai fini del riconoscimento del personale di supporto proveniente da percorsi riabilitativi, potranno essere organizzati:

- da Regione tramite le proprie agenzie formative
- da enti formativi accreditati, nel rispetto delle linee guida regionali.

Dopo tale primo corso di riconoscimento del personale di supporto, la comunità dovrà prevedere all'interno del proprio piano formativo specifiche tematiche di aggiornamento per il personale in argomento.

Resta confermata la possibilità per tale personale, se in possesso dei requisiti previsti, di accedere alla formazione di personale qualificato, ad es. OSS.

ALLEGATO 4 - REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE (CRD) IN FORMA RESIDENZIALE

Il soggetto gestore, qualora il requisito preveda un'evidenza documentale, ha facoltà di adottare un unico documento complessivo o più documenti specifici, formalmente corretti (ovvero datati e approvati).

I documenti, le procedure e i protocolli assistenziali adottati sono aggiornati ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e comunque con una periodicità non superiore al triennio.

Ad ogni CRD in forma residenziale deve essere assegnato un CUDES e può articolarsi in più moduli funzionali, nei limiti sotto previsti per ciascuna tipologia.

Le CRD erogano prestazioni per persone affette da dipendenza patologica, atte al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale e lavorativo in coerenza con l'art 35 del DPCM 12/1/2017 sulla definizione e aggiornamento dei LEA.

IL SOGGETTO GESTORE ASSICURA I SEGUENTI REQUISITI:

SOGGETTIVI DI ESERCIZIO, ACCREDITAMENTO E CONTRATTO

| REQUISITO | |
|-------------------------|--|
| Requisiti soggettivi | Si richiama quanto previsto nell'Allegato 1 della DGR n. 2569/2014 e s.m.i. Gli enti gestori devono essere non profit |

REQUISITI DI ESERCIZIO GENERALI E SPECIFICI

STRUTTURALI/TECNOLOGICI

| REQUISITO | |
|-----------|--|
| ES 1.1 | Il soggetto gestore è tenuto a dichiarare il titolo di godimento dell'immobile destinato all'attività sociosanitaria, gli eventuali vincoli gravanti sullo stesso e la compatibilità dell'attività con eventuali vincoli esistenti sull'immobile stesso. |

| | |
|--------|--|
| | <p>Il gestore è tenuto ad assicurare i seguenti requisiti:</p> <p>a) agibilità; b) protezione antisismica; c) protezione antincendio; d) protezione acustica; e) continuità elettrica; f) sicurezza anti infortunistica; g) igiene dei luoghi di lavoro; h) protezione dalle radiazioni ionizzanti; i) eliminazione delle barriere architettoniche;</p> <p>Applicazione del DM 236/89 del DPR 14/01/97 e della DGR 2569/14 e s.m.i.</p> <p>Per le Unità di offerta già accreditate esistenti è necessario venga garantita una delle seguenti opzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'applicazione della L 13/89 e del DM 236/89 - Il rilascio dall'Amministrazione competente di deroga, assicurando comunque l'adeguamento strutturale o organizzativo in caso di presenza di utenti portatori di disabilità motoria (possibilità di identificazione, in caso di necessità, di almeno una camera e bagno adattabili o adozione di modalità organizzative idonee); <p>j) smaltimento rifiuti sanitari; k) condizioni microclimatiche; l) impianti di distribuzione dei gas – NON PERTINENTE; m) materiali esplosivi.</p> <p>In merito a tali requisiti si fa riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali e locali.</p> |
| | AREA GENERALE (*) |
| ES 1.2 | <p>Presenza di:</p> <p>-Un locale per riunione d'equipe che può svolgere le funzioni di Locale per il personale -Locale o Locali per attività riabilitative-pedagogiche-terapeutiche con superficie 1,2 mq per utente garantendo comunque un minimo di almeno 16 mq – considerando in caso, di più locali, la sommatoria delle superfici stesse - (Qualora, ai fini delle iniziative riabilitative e di risocializzazione, siano previste attività di laboratorio devono essere garantiti adeguati spazi dimensionati come sopra e nel rispetto delle norme di sicurezza impiantistica vigente.</p> <p>Nel caso di laboratori per attività più complesse e per fini ulteriori a quelli precedenti, gli ambienti, le attrezzature e quanto altro connesso dovranno possedere le caratteristiche previste per le specifiche attività)</p> |
| ES 1.3 | <p>Presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un locale per la conservazione dei farmaci, materiali a rischio chimico/ biologico e di strumenti potenzialmente lesivi, con accesso controllato dell'utente e dotato di armadi, utilizzabile anche in caso di primo soccorso |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ambulatorio per le visite mediche/colloqui <p>lo stesso locale può assolvere entrambe le funzioni sopra riportate</p> |
| ES 1.4 | Ripostiglio con accesso controllato per la custodia temporanea degli effetti personali degli utenti gestiti dal personale per motivi di sicurezza o salvaguardia e terapeutici |
| ES 1.5 | Locale/i pranzo con superficie 1,2 mq per utente garantendo comunque un minimo di 14 mq – considerando in caso, di più locali, la sommatoria delle superfici stesse - o soggiorno e pranzo in locale unico con superficie di 2,4 mq per utente Facilmente accessibile ai <u>locali pranzo e soggiorno</u> blocco servizi composto da almeno 2 wc opportunamente disimpegnati con apposito antibagno dotato di almeno un lavabo di cui almeno uno attrezzato per la disabilità motoria (DM 236/89) |
| ES 1.6 | Locale/i per il soggiorno: deve essere assicurata una superficie 1,2 mq per utente garantendo comunque un minimo di 14 mq – considerando in caso, di più locali, la sommatoria delle superfici stesse - o soggiorno e pranzo in locale unico con superficie di 2,4 mq per utente |
| ES 1.7 | Locale per servizio cucina e dispensa adeguato al numero degli ospiti Qualora l'attività di preparazione e somministrazione dei pasti sia autogestita, anche come attività educativa, ovvero sia in essere un appalto "catering", all'interno della struttura è necessario il locale cucina e il deposito delle derrate alimentari; Nel caso in cui sia presente personale dedicato assunto con ruolo di cuoco per la preparazione e somministrazione deve essere applicato il regolamento CE n. 852/04 per la definizione degli spazi |
| ES 1.8 | Lavanderia e guardaroba: <ul style="list-style-type: none"> • locale di superficie non inferiore a 10 mq adibito a lavanderia e deposito biancheria pulita (se non appaltato) dotato di aerazione e illuminazione naturale diretta • spazio-locale ben ventilato per la raccolta della biancheria sporca per eventuale servizio per la disinfezione e disinfestazione della biancheria |
| ES 1.9 | Ripostigli: devono essere previsti locali ripostiglio per gli accessori, materiale di pulizia e le attrezzature della comunità in numero e con ubicazione adeguata |
| ES 1.10 | La struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza e lo svolgimento di attività all'aperto, ovvero è prevista, ove opportuna, la possibilità di utilizzo di spazi pubblici anche per favorire l'integrazione con il contesto urbano |
| ES 1.11 | Spogliatoi ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. previsto solo in funzione di attività riabilitative configurabili come attività produttive/lavorative in applicazione alla normativa di settore |
| ATTREZZATURE E DISPOSITIVI MEDICI | |

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

| | |
|------------------------------------|---|
| ES 1.12 | Qualora vi siano attrezzature, è presente un inventario delle stesse, che include la modalità per la loro identificazione |
| ES 1.13 | È presente un piano per la gestione (compresa la dismissione) e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature ove presenti. Gli interventi effettuati sono documentati La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature è disponibile per gli addetti alla manutenzione |
| ES 1.14 | Ove presenti dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali, i programmi di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore |
| ES 1.15 | Sono messe in atto modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione e in relazione ai bisogni degli utenti, del personale e dell'organizzazione. È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici, ove previsti. |
| ES 1.16 | Sono messe in atto modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione e in relazione ai bisogni degli utenti, del personale e dell'organizzazione. |
| FORMAZIONE SICUREZZA | |
| ES 1.17 | Vi è evidenza della formazione e del coinvolgimento del personale sui temi della sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro |
| AREA ABITATIVA (*) | |
| ES 1.18 (**) Capacità ricettiva | Le CRD residenziali devono avere una capacità ricettiva superiore a n. 8 posti. Una CRD può essere organizzata in più moduli funzionali, con numero di posti letto nei limiti previsti per ciascuna tipologia di assistenza purché ubicati nella stessa unità immobiliare. |
| ES 1.19 (**) | Le camere rispettano le seguenti superfici: <ul style="list-style-type: none"> • 1 posto letto mq 9 • 2 posti letto mq 18 • 3 posti letto mq 24 |
| ES 1.20 (**) | Deve essere presente in tutta la struttura almeno una camera ad un posto letto con bagno ad uso esclusivo, da poter convertire in caso di necessità quale camera di isolamento |
| ES 1.21 (**) | Servizi igienici: <ul style="list-style-type: none"> • Ogni 4 posti letto un servizio igienico dotato di wc, lavabo e vasca o doccia. I servizi igienici devono essere collocati in prossimità o direttamente collegati alla camera. |
| ES 1.22 (**) | Per il personale numero di servizi igienici, in relazione al numero di operatori contemporaneamente presenti come previsto dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i; |
| | (*) PER LE UDO GIÀ ACCREDITATE SI APPLICANO I REQUISITI STRUTTURALI DELLE DGR n. 41878 del 12.3.1999, DGR n. 12621 del 7.4.2023 e DGR n. 2569 DEL 31.10.2014 e smi. |

| | |
|---------|---|
| | (**) NON APPLICABILE ALL'AREA BASSA INTENSITA' - RESIDENZIALE CON PROGRAMMI DI REINSERIMENTO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE) AREA ABITATIVA |
| | REQUISITO SPECIFICO PER CRD RESIDENZIALE PER NUCLEI FAMILIARI (Con o senza figli minorenni) |
| ES 1.23 | Deve essere garantito il rispetto dei requisiti igienico sanitari e di sicurezza della struttura in coerenza con il numero di persone presenti (compresi i minori). È necessario prevedere locali per le attività dei minori ed eventuali attrezzature specifiche in base all'età dei minori (ad es. fasciatoio..) |
| | REQUISITI SPECIFICI PER AREA BASSA INTENSITA' RESIDENZIALE CON PROGRAMMI DI REINSERIMENTO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE |
| ES 1.24 | L'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta a bassa intensità assistenziale sono comunque subordinati al possesso di requisiti generali strutturali e tecnologici di esercizio delle unità d'offerta sociosanitarie previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e smi |
| ES 1.25 | Appartamenti con capacità ricettiva non superiore ad otto posti, che devono soddisfare i requisiti previsti per le civili abitazioni. |
| ES 1.26 | È consentito, come già previsto dalla precedente DGR 3945/2015, alle comunità già esistenti ed accreditate come "modulo comunitario", di considerarsi come <i>soluzioni abitative di tipo comunitario</i> , mantenendo l'uso esclusivo e i seguenti requisiti strutturali specifici: <ul style="list-style-type: none"> - ricettività compresa tra otto e sedici posti; - camera da letto con non più di tre posti letto con le seguenti superfici: mq 9 per la camera a un letto, mq 14 per la camera a due letti, mq 20 per la camera 3 letti; - locali e servizi igienici adeguati al numero degli utenti; - locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli utenti; - locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli utenti; - locale per gli operatori utilizzabile per riunioni, colloqui, attività, con servizio igienico dedicato. Tutti i locali devono essere adeguatamente arredati favorendo la personalizzazione dello spazio fisico. |
| | |

GESTIONE DELL'ATTIVITÀ E PROCEDURE

| REQUISITO | |
|--------------------------------------|---|
| ES. 2.1.1 Documento organizzativo | <p>Il soggetto gestore adotta e diffonde al personale un documento nel quale sono descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la missione dell'organizzazione e i valori cui si ispira, con particolare evidenza alla realizzazione di attività finalizzate a garantire l'ambiente comunitario, il "fattore emotivo" della comunità, caratterizzato da un clima resiliente, di accettazione e di consapevolezza, in cui è possibile creare relazioni autentiche, di totale fiducia, tramite un mix di interazioni sociali ed elementi di cambiamento personali. <p>Nel documento è necessario venga evidenziato che l'organizzazione riconosce e rispetta i bisogni e le differenze di ciascuno utente, basate su ascolto, accoglienza, coinvolgimento, confronto, considerando le diverse esigenze relative all'età, al</p> |

| | |
|------------------------------|---|
| | <p>genere e alle particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - le politiche complessive (i campi prioritari di azione e i metodi adottati per raggiungere gli obiettivi); - gli obiettivi in relazione alla singola unità d'offerta, coerenti con la programmazione regionale e il piano di sviluppo territoriale della ASST, specificando i servizi erogati, prevedendo anche la possibilità di fornire supporto psicologico ai familiari/caregiver, e le prestazioni per persone affette da dipendenza patologica, atte al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita ed al reinserimento sociale e lavorativo in coerenza con l'art.35 del DPCM 12 gennaio 2017; - l'organizzazione interna dell'unità d'offerta, comprendente l'organigramma, i livelli di responsabilità (in particolare per le aree sanitarie), le modalità di erogazione del servizio, le prestazioni erogate e le attività eseguite, individuando anche un referente per i rapporti con gli uffici che sul territorio si occupano di protezione giuridica e di servizi sociali (uffici di protezione giuridica delle ASST, Comuni, centri per l'assistenza domiciliare o altri) - i processi e le relative responsabilità organizzative, assistenziali e professionali, coerentemente ai profili professionali coinvolti nei processi stessi - I requisiti e modalità di accesso e dimissione, la programmazione liste attese, l'accoglimento e la registrazione, nonché l'accesso e permanenza, anche temporanea, per le persone provenienti dagli istituti di pena; - le modalità di presa in carico, i tempi di permanenza, le motivazioni di non idoneità. <p>Il documento organizzativo deve, inoltre, essere coerente con i documenti di indirizzo, adottati a livello regionale/ASST e definire, diffondere e prevedere al suo interno le modalità di coordinamento/integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche quali servizi principali di riferimento, nonché con gli altri servizi del territorio ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con i servizi di salute mentale, i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i servizi per la disabilità; - con il Distretto Sociosanitario e le sue articolazioni per garantire l'assistenza di base (Medico di medicina generale, Continuità assistenziale) alle persone utenti della struttura; - con i Servizi sociali; - con le Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza; - con la Magistratura per gli utenti sottoposti a misure di sicurezza non detentiva; - con le risorse della Comunità (ad es. terzo settore, associazioni, reti di vita delle persone); - con l'area della salute in carcere. |
| ES. 2.1.2 funzionamento | Le comunità garantiscono il funzionamento 365 giorni - h 24 |
| ES. 2.1.3 Piano di lavoro | Il soggetto gestore definisce annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia e il volume di attività previste e il conseguente piano organizzativo, prevedendone la diffusione al personale. |

| | |
|---|--|
| ES. 2.1.4 Programma annuale | Il soggetto gestore adotta di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale. Sono messe in atto modalità per lo sviluppo di azioni ai fini del miglioramento della qualità su alcune tematiche, quali ad es. rischio cadute, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'ATS/ASST |
| ES. 2.1.5 Politiche di gestione delle risorse umane/economiche | Il soggetto gestore definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per le attività della comunità; nonché la descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione dell'unità d'offerta, declinando i profili professionali impiegati e descrivendo il mix complessivo di operatori definito in base alle caratteristiche dell'utenza, ai bisogni e alla specificità delle attività/prestazioni erogate. Nel documento vengono descritte le modalità messe in atto per il contenimento del turn over del personale, al fine di assicurare riferimenti costanti agli ospiti. Viene descritta la reperibilità. La reperibilità non può essere esclusivamente telefonica, ma l'operatore reperibile deve essere nelle condizioni di raggiungere la struttura di norma entro trenta minuti. |
| ES. 2.1.6 Selezione personale | Sono definiti i criteri di selezione del personale che includano, in particolare, la conoscenza della lingua italiana; |
| ES. 2.1.7 Inserimento personale | È definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, neoassunto o trasferito, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della umanizzazione e della sicurezza e prevenzione del rischio. |
| ES. 2.1.8 Piano formazione | Il soggetto gestore adotta un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale, anche in raccordo/avvalendosi di formazione erogata da altre agenzie/aziende con contenuti specifici in relazione al piano di organizzazione della struttura e alla tipologia di utenza trattata. |
| ES. 2.1.9 FASAS | Per ogni utente deve essere presente un FASAS, preferibilmente in formato elettronico. Nel FASAS sono presenti le sezioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> - anamnesi riferite alle diverse aree - analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare - percorso dell'utente nell'UdO (programma terapeutico riabilitativo personalizzato PTRP/PI, Piano Assistenziale Individuale PAI, Diari) - scheda di ricognizione/riconciliazione della terapia farmacologica - modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata |
| ES. 2.1.10 valutazione | Gli utenti vengono inseriti con un programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI), definito dal servizio inviante in seguito alla valutazione multidimensionale in collaborazione con la struttura (Comunità). |

| | |
|---|---|
| <p>ES. 2.1.11 <i>programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI)</i></p> | <p>Il Programma terapeutico riabilitativo personalizzato – PTRP/PI, definito dal servizio inviante in collaborazione e in condivisione con la CRD e con il coinvolgimento dell’utente/caregiver, tenuto conto di quanto previsto dal Provvedimento dell’Autorità Giudiziaria e indicato dai servizi invianti, definisce le aree di intervento ed esplicita, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili.</p> <p>Ne costituiscono quindi elementi essenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata - eventuale terapia farmacologica in atto (ricognizione farmacologica) e trattamenti sanitari e sociosanitari in corso; - inquadramento diagnostico (diagnosi principale, secondaria ed eventuali altre comorbidità); - livello di intensità di assistenza e tipologia modulo funzionale la sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale, avvalendosi di strumenti validati dalla comunità scientifica; - l’individuazione dell’area di intervento; - la descrizione degli obiettivi della presa in carico; - individuazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi; - la definizione dei tempi di verifica per i singoli obiettivi; - l’integrazione tra dimensioni cliniche, funzionali e sociali. - Durata massima del PTRP/PI, nel rispetto di quanto definito dal DCPM 12/1/2017 sui LEA in relazione alla tipologia dell’unità di offerta - Art 35 comma 2 lettera a,b, c-, e comunque in relazione al bisogno dell’utente rilevato tramite rivalutazione multidimensionale; - titolare della presa in carico a livello territoriale - responsabile dell’attuazione del programma a livello residenziale <p>Il programma terapeutico riabilitativo personalizzato viene redatto per ogni utente e da questi esplicitamente sottoscritto.</p> <p>La CRD prevede strumenti atti a verificare l’appropriatezza del trattamento attraverso il monitoraggio del percorso, in accordo con il servizio territoriale che ha in carico la persona, rispetto al raggiungimento degli obiettivi del PTRP/PI, al tempo di permanenza e al rispetto del PTRP/PI</p> <p>Il PTRP/PI deve essere verificato e aggiornato, in collaborazione con il servizio inviante/territoriale, ogni qualvolta si renda necessario e comunque con una periodicità non superiore a 6 mesi, nel rispetto di quanto previsto per lo specifico modulo funzionale, con evidenza dell’esito nel fascicolo.</p> |
| <p>ES. 2.1.12</p> | <p>Sulla base del PTRP/PI viene redatta, dalla equipe della CRD, la pianificazione degli interventi Piano Assistenziale Individuale PAI. La pianificazione prevede:</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Piano Assistenziale Individuale PAI | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> la descrizione degli obiettivi individuati per le diverse aree di intervento, compreso il percorso di dimissioni; <input checked="" type="checkbox"/> la definizione degli interventi e delle modalità di attuazione (come? con quale intensità? dove? per quanto tempo?), con attività che prevedano almeno: <ul style="list-style-type: none"> a) il coinvolgimento attivo dell'ospite nelle attività di tenuta degli spazi personali; b) informazione agli utenti, fin dal momento dell'accesso, per la promozione della salute e del benessere e di vita alternativa, sui rischi di ricaduta e overdose in caso di interruzione del programma, nonché attività info-educativa di promozione della salute c) il "piano crisi" per la gestione delle acuzie comportamentali da rivalutare periodicamente e aggiornare se necessario d) interventi finalizzati alla dimissione e fondato su azioni di inclusione sociale, scolastica e lavorativa e) supporto psicologico individuale/di gruppo <input checked="" type="checkbox"/> l'individuazione dell'équipe o degli operatori coinvolti; <input checked="" type="checkbox"/> responsabile dell'attuazione del programma a livello residenziale; <input checked="" type="checkbox"/> la declinazione delle attività di monitoraggio degli obiettivi e dei tempi previsti con verifica per ciascuna delle fasi del percorso (ogni qualvolta si renda necessario e comunque con una periodicità almeno SEMESTRALE) con evidenza dell'esito nel fascicolo; <input checked="" type="checkbox"/> l'evidenza della eventuale sospensione o interruzione degli interventi e le relative motivazioni; <input checked="" type="checkbox"/> la verifica del raggiungimento degli obiettivi individuati. <p>Una prima pianificazione degli interventi, anche se provvisoria e recante almeno una registrazione della fase di accoglienza nell'unità d'offerta, deve essere adottata in tempi brevi rispetto al primo accesso dell'utente.</p> |
| ES. 2.1.13 Diario | <p>Il diario redatto dalle diverse figure professionali, anche se su sezioni specifiche, deve essere collocato nel FASAS e deve riportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico, con particolare riferimento alle variazioni delle condizioni dell'utente; <input checked="" type="checkbox"/> le prescrizioni mediche di carattere diagnostico e terapeutico; <input checked="" type="checkbox"/> gli interventi preventivi, terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi, psicologici effettuati in relazione al Piano Assistenziale Individuale PAI. |
| ES. 2.1.14 Procedure e Protocolli | <p>Sono adottate procedure e protocolli e relativo piano di diffusione e di attuazione, aggiornati con periodicità almeno triennale e comunque ogni qualvolta si renda necessario, in aderenza a linee guida/raccomandazioni ministeriali, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO <input type="checkbox"/> procedure e protocolli relativi all'approvvigionamento, conservazione e smaltimento dei farmaci; <input type="checkbox"/> procedure e protocolli con le indicazioni necessarie per la prescrizione, tracciabilità della somministrazione e la riconciliazione farmacologica in particolare, nelle fasi di trasferimento di setting assistenziali, in coerenza con la raccomandazione ministeriale n.17 |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> □ procedura per l'autosomministrazione dei farmaci, compresi quelli sostitutivi da applicare agli ospiti in grado di gestire la propria terapia. □ procedure e modalità operative specifiche per la gestione dei farmaci stupefacenti tabellati, definite e condivise con l'ASST di riferimento/SMI □ procedure per la prevenzione e la gestione del misuso e della diversione dei farmaci □ procedura per il primo soccorso e di gestione delle emergenze/urgenze che comprenda l'utilizzo di farmaci salvavita in caso di intossicazione acuta da sostanze psicoattive. □ protocolli specifici per la gestione delle acuzie psicotologiche, in collaborazione con la Re.Di.Di, che coinvolgono i servizi ambulatoriali delle dipendenze e i Servizi di salute mentale territoriali e che definiscano modalità e personale coinvolto a tutela della salute dell'utente, delle altre persone e dell'ambiente □ modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici □ modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di strumenti ed accessori □ modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti □ modalità di compilazione, aggiornamento, conservazione, archiviazione e <i>verifica</i> del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività sociosanitaria erogata; compresa l'integrità del FASAS (quali ad es. la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso alla documentazione sociosanitaria), nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia. Nonché per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del PTRP/PI e PAI per ogni persona e le modalità di interazione e aggiornamento al servizio ambulatoriale per le dipendenze delle modifiche e aggiornamenti praticati. Deve essere inoltre precisata la modalità per consentire che tutta la documentazione relativa all'utente sia a disposizione degli operatori in ogni momento □ per la gestione delle interruzioni volontarie di trattamento/abbandono che comprenda anche la continuità dei trattamenti farmacologici □ procedura per garantire modalità efficaci di informazione/comunicazione in relazione a quanto definito nel PAI □ procedura di dimissione/trasferimento, <i>a garanzia della continuità assistenziale degli utenti</i>, nella quale sia prevista la trasmissione al Servizio Ambulatoriale Delle Dipendenze della scheda/relazione individuale, che contiene anche la tipologia di esito del percorso realizzato □ procedura operativa per la gestione del rischio biologico <p>Le procedure e protocolli sono definiti e formulati in relazione alla tipologia di utenza e nel rispetto delle linee guida e dei principi Evidence based (EBM). Tutto il personale è a conoscenza e applica le diverse procedure/protocolli</p> |
| ES 2.1.15 Gestione ricadute | Sono messe in atto modalità organizzative orientate alla gestione delle ricadute, ad eventuali abbandoni o intenzioni volontarie del programma |

| | |
|--|--|
| ES. 2.1.16 Organizzazione senza coercizione | L'organizzazione interna è svolta con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza |
| ES. 2.1.17 regolamento interno | È presente un regolamento interno di funzionamento della struttura dove sono indicati i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del PTRP/PI e PAI, le regole di vita comunitaria, le norme comportamentali degli ospiti e l'eventuale coinvolgimento di questi ultimi nelle attività quotidiane, definendo i comportamenti lesivi per sé e per gli altri che necessitano di intervento urgente e le modalità di intervento. Il regolamento inoltre prevede le modalità organizzative per la gestione del denaro degli utenti per beni personali. |
| ES 2.1.18 Registro presenza | È presente una modalità per l'annotazione delle giornate di presenza - assenza degli utenti e delle relative motivazioni |
| ES. 2.1.19 trasparenza | È assicurata la pubblicazione del numero dei posti liberi/occupati e del numero di utenti in lista d'attesa e tempi di attesa sul proprio sito internet, con aggiornamento in tempo reale |
| ES. 2.1.20 Continuità assistenziale | La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti (organizzativi, clinici e tecnologici), in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata. Vengono adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna tra gli operatori, i trasferimenti presso altre strutture e alla dimissione. |
| ES. 2.1.21 Materiale informativo | Il soggetto gestore si dota di materiale informativo nella quale, fatte salve le eventuali indicazioni specifiche definite per le singole unità d'offerta, sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse. |
| ES. 2.1.22 Sistema informativo | Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati. Sono presenti sistemi informativi in grado di: - consentire la tracciatura dei dati; - fornire il supporto alle attività di pianificazione e controllo; - tener conto dei debiti informativi verso le istituzioni (es. regionali e nazionali). |
| ES. 2.1.23 Polizza assicurativa | Il soggetto gestore stipula, in data non successiva alla presentazione della SCIA contestuale o dell'istanza di accreditamento, una polizza assicurativa per la responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o ad altri soggetti. La polizza deve comprendere i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia. Eventuali franchigie previste dalle polizze non devono gravare sui terzi danneggiati. In alternativa, il soggetto gestore deve avere un programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato. |
| | La copertura assicurativa è garantita sia agli utenti che al personale, anche volontario |

PERSONALE E RUOLI

| REQUISITI | |
|--|--|
| ES. 2.2.1 Individuazione referenti/responsabili | <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione e comunicazione agli enti interessati del/dei referente/i per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali, nonché con funzione di collegamento con ASST e con gli altri servizi del territorio a garanzia della continuità assistenziale. Devono essere inoltre individuati: <ul style="list-style-type: none"> - un responsabile del piano di formazione e aggiornamento del personale - un responsabile del sistema informativo - un responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità |
| ES. 2.2.2 Responsabile sanitario | Il gestore nomina con atto formale il responsabile sanitario di struttura. Tale funzione è rapportata alla tipologia, complessità e dimensione della struttura ed è preferibilmente attribuita ad un medico ed in ogni caso ad un professionista sanitario laureato iscritto al relativo ordine/albo o elenchi speciali. Può essere svolta a tempo pieno o parziale e anche condivisa tra più strutture, nel rispetto della normativa vigente. Sono previste in ogni caso modalità organizzative idonee a garantire la corretta gestione sanitaria e il tempestivo intervento decisionale in caso di necessità. |
| ES. 2.2.3 Ruolo responsabile sanitario | Il responsabile sanitario ha almeno i seguenti compiti: <ul style="list-style-type: none"> • validare protocolli, procedure ed eventuali linee guida interne alla struttura, in materia sanitaria e verificarne la corretta applicazione; • curare i rapporti con la ATS di riferimento per l'applicazione di iniziative di promozione della prevenzione, dell'educazione alla salute e della tutela socio-sanitaria; • vigilare sugli aspetti igienico-sanitari; • vigilare sulla corretta compilazione della documentazione socio-sanitaria; • vigilare sulla corretta conservazione della documentazione socio-sanitaria; • vigilare sul rispetto della riservatezza dei dati socio-sanitari; • vigilare sulla corretta conservazione, somministrazione, smaltimento dei farmaci e dei materiali/dispositivi a scadenza, laddove presenti; |

| | |
|------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • vigilare sulla gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi • vigilare sul corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario, laddove presenti • vigilare sulla qualità dell'assistenza • vigilare sui progetti di promozione della salute, dei comportamenti corretti e del rispetto della dignità della persona • valutare il rischio clinico, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi avversi <p>Queste funzioni devono essere svolte nel rispetto della titolarità della presa in carico riservata al responsabile del PTRI/PI e del PAI del singolo utente</p> |
| ES. 2.2.4 Volontari | I volontari devono appartenere ad Associazioni di Volontariato iscritte nel registro e convenzionate con la struttura. In caso di volontari non in possesso di titolo adeguato pertanto non rendicontabili a standard deve comunque essere previsto formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione o singolo volontario |

STANDARD DI PERSONALE SECONDO TIPOLOGIA DI AREE/MODULI FUNZIONALI

| STANDARD PERSONALE | |
|---|---|
| ES . 2.3.1 PERSONALE QUALIFICATO | <ul style="list-style-type: none"> - medico con specializzazione differenti secondo le tipologie di moduli funzionali - Infermiere - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione, anche se iscritti agli elenchi speciali, ove previsti. - educatore socio-pedagogico; - assistente sociale; - OSS; - psicologo; - sociologo - mediatore linguistico culturale <p>Per i soli gestori con qualifica di ONLUS ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate è ammesso, per una quota non eccedente il 25% della dotazione minima, l'impiego di personale in formazione (ad esclusione del personale sanitario), a condizione che abbia completato almeno il 50% del programma curricolare e garantisca un impegno di servizio di almeno 18 ore settimanali.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>È esclusa la rendicontazione a standard di tirocinanti o servizio civile come già previsto dalla DGR 2569/2014 e smi.</p> |
| ES. 2.3.2 PERSONALE DI SUPPORTO | <p>Il personale di supporto garantisce lo svolgimento di varie attività nelle strutture, contribuendo a migliorare la qualità dell'esperienza comunitaria e pertanto dell'intervento terapeutico e riabilitativo. A tale scopo è possibile ricomprendere anche l'apporto di utenti esperti/pari provenienti da percorsi riabilitativi in considerazione della loro esperienza.</p> <p>Tutto il personale di supporto dovrà essere adeguatamente formato tramite la partecipazione a percorsi organizzati da Regione, ATS/ASST o enti accreditati, secondo linee guida regionali.</p> <p>Afferiscono a tale area:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) operatori che abbiano sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione quali ad esempio in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia, pet-therapy, mindfulness e teatroterapia, oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte), diplomati ISEF o laureati in scienze delle attività motorie sportive (classe 33); 2) operatori con corsi IREF di Regione Lombardia, e baciliato per i sacerdoti; 3) il personale proveniente da percorsi riabilitativi è considerabile, al fine dello standard (minutaggio e copresenza), solo con la contemporanea presenza di altro/i operatore/i. <p>L'eventuale eccedenza di minuti di personale qualificato (es. 2.3.1) concorre al raggiungimento del minutaggio previsto per il personale di supporto</p> |
| ES. 2.3.3 RESPONSABILE STRUTTURA/COORDINATORE STRUTTURA | <p>È individuato con atto formale un responsabile/coordinatore di struttura per Unità di offerta, in possesso di un titolo previsto per il personale qualificato e con comprovata esperienza lavorativa nell'ambito delle dipendenze.</p> <p>Nell'atto di nomina devono essere precisate il numero di ore settimanali dedicate per tale funzione, garantendo la presenza presso la UdO.</p> <p>Le ore di presenza, anche quelle dedicate ad attività di coordinamento finalizzate a garantire interventi sull'utenza, vengono considerate nel conteggio dello standard gestionale.</p> <p>Il responsabile/coordinatore può avere anche, oltre alle ore dedicate alla funzione di coordinamento, funzioni operative</p> <p>Tale figura si occupa di tutte le attività necessarie per l'organizzazione generale della Unità di offerta.</p> <p>Il Responsabile di struttura può coincidere con il responsabile sanitario, qualora in possesso dei titoli previsti.</p> |
| ES. 2.3.4 RESPONSABILE SANITARIO | <p>Come già definito nel requisito ES. 2.2.2 deve essere nominato il Responsabile Sanitario.</p> <p>Il Responsabile sanitario può coincidere con il responsabile struttura</p> |
| ES. 2.3.5 VOLONTARI | <p>Per i soli gestori con qualifica di ONLUS ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate, il personale volontario con titoli/formazione previsti per il personale qualificato e/o di supporto è rendicontabile a standard, fino a un massimo del 50% del minutaggio erogato purché sia previsto un impegno settimanale di almeno 18 ore e sia garantito con dichiarazione sottoscritta dall'interessato, un impegno continuativo di servizio per almeno un anno.</p> |

| | |
|--|--|
| ES. 2.3.6 COPRESENZA | <p>Il requisito della copresenza quando previsto, per le UdO con più moduli funzionali è assolto su tutta l'unità di offerta e non sul singolo modulo.</p> <p>Se negli stessi spazi della struttura residenziale è accreditato anche un CRD semiresidenziale, il requisito della "copresenza" degli operatori può essere considerato soddisfatto con la presenza contemporanea di almeno due operatori che servano entrambe le UdO (residenziale e semiresidenziale). Resta confermato comunque il rispetto delle qualifiche del personale a garanzia della copresenza e del minutaggio previsto per ciascuna unità d'offerta.</p> |
| ES. 2.3.7 MEDICO | <p>La presenza settimanale, ove richiesta, per il medico si intende assolta come presenza nella unità di offerta e non sul singolo modulo funzionale.</p> |
| | |
| AREA SPECIALISTICA AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVA | |
| ES. 2.4.1 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE DI PRONTA ACCOGLIENZA CON PROGRAMMI DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE | <p><i>Target:</i> persone per le quali il sistema dipendenze territoriale non è indicato o non è messo nelle condizioni di svolgere la valutazione/osservazione per problemi di compliance</p> |
| | <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> osservazione e valutazione multidisciplinare</p> |
| | <p><i>Durata accoglienza:</i> 60 giorni – con revisione/verifica periodica almeno dopo 30 gg dall'avvio del progetto – prorogabili una sola volta al massimo per ulteriori 60 giorni, a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze</p> |
| | <p><i>Posti modulo funzionale: da 5 a 15 posti</i></p> |
| | <p><i>Standard gestionale:</i></p> <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico; - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza, iscritto all'Ordine o relativi elenchi speciali. <p>L'infermiere è presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco.</p> <p>Il Medico deve essere presente in struttura almeno una volta a settimana per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti.</p> <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 850 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>- almeno 450 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo clinico e/o professionista sanitario della riabilitazione);</p> <p>- per i restanti 400 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria e quelli erogati da educatore sociopedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo, mediatore linguistico culturale.</p> <p>b) 288 minuti settimana/ospite di personale di supporto.</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati; - Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Nei festivi e nei fine settimana copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto. <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità e notti passive/guardia notturna passiva.</p> |
| <p>ES. 2.4.2 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI AD ALTA INTENSITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA, SANITARIA E PSICO-SOCIO-EDUCATIVA</p> | <p><i>Target:</i> persone, anche minorenni, con dipendenza patologica (da alcol e/o sostanze e/o gioco d'azzardo) che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio e che non assumono sostanze d'abuso.</p> <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> trattamenti di alta intensità terapeutici riabilitativi specifici correlati alla situazione clinica, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio.</p> <p>In caso di inserimento di minori è necessario che il gestore adegui i propri interventi agli specifici bisogni e una attenzione specifica per il mantenimento e/o orientamento in percorsi scolastici o lavorativi.</p> <p><i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi, fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria</p> <p><i>Posti modulo funzionale:</i> da 5 a 15 posti – Con possibilità di utilizzare un 1/3 dei PL abilitati/accreditati del modulo per garantire al termine del programma di alta intensità il proseguimento del percorso di cura con programmi riabilitativi di Media e di Bassa Intensità Assistenziale, nel rispetto della capacità ricettiva totale del modulo stesso.</p> <p><i>In caso di minori è necessario vengano garantiti spazi e camere dedicati.</i></p> <p><i>Standard gestionale:</i></p> <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - medico con specializzazione (Psichiatra o Neuropsichiatra o equipollenti); - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza, iscritto all'Ordine o relativi elenchi speciali. <p>L'infermiere è presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco.</p> <p>Il Medico con le specializzazioni di cui sopra deve essere presente in struttura almeno una volta a settimana per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti.</p> <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 470 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 200 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo clinico e/o professionista sanitario della riabilitazione) - per i restanti 270 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria, e quelli erogati dall'educatore sociopedagogico, assistente sociale OSS, psicologo, sociologo, mediatore linguistico culturale. <p>b) 288 minuti settimana/ospite di personale di supporto</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati; - Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di un operatore qualificato e un operatore di supporto; - Nei festivi e nei fine settimana copresenza di un operatore qualificato e un operatore di supporto. <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità o delle quali notti passive/guardia notturna passiva.</p> |
|--|---|

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

| | |
|---|---|
| ES. 2.4.3 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE PER NUCLEI FAMILIARI (Con o senza figli minorenni) | Target Persone con dipendenza patologica anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio e che non assumono sostanze d'abuso, nello specifico: a) persone con dipendenza patologica con figli minorenni; b) coppia con entrambi i componenti con dipendenza patologica, con eventuali figli minorenni; c) donne in gravidanza con dipendenza patologica. |
| | <i>Tipologia intervento della CRD:</i> intervento riabilitativo rivolto a soggetti con dipendenza patologica per i quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o partner al fine di aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative. Presa in carico in grado di far fronte sia alle diverse intensità di cura e di assistenza che di affrontare tutte le diverse fasi del percorso riabilitativo, fino al reinserimento. |
| | <i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi, fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria |
| | <i>Posti modulo funzionale fino a massimo 20 posti letto</i> - vengono considerati nel conteggio solo i maggiorenni. Deve essere garantito il rispetto dei requisiti igienico sanitari e di sicurezza della struttura in coerenza con il numero di persone presenti (compresi i minori). In caso sia in cui i posti per nuclei famigliari siano previsti all'interno di una CRD gli stessi si configurano come modulo funzionale specifico e si dovranno garantire spazi e camere/servizi igienici dedicati in via esclusiva. |
| | <i>Standard gestionale:</i> È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato): - medico; - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni utenza, iscritto all'Ordine o relativi elenchi speciali. Tutto il personale deve essere in possesso di formazione specifica per la tipologia di utenza presa in carico. L'infermiere deve essere presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco. Il Medico deve essere presente almeno una volta la settimana per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti. |

| |
|--|
| <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 360 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> <ul style="list-style-type: none">- almeno 90 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo clinico e/o professionista sanitario della riabilitazione)- almeno 135 minuti devono essere garantiti da Educatore professionale (classe L/SNT2) e/o educatore sociopedagogico e/o psicologo- per i restanti 135 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure sopra riportate e quelli erogati da assistente sociale, OSS, mediatore linguistico culturale e sociologo. <p>b) 288 minuti settimana/ospite di personale di supporto</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati;- Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto;- Nei festivi e nei fine settimana copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto. <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità o delle quali notti passive/guardia notturna passiva.</p> <p>In caso di inserimento di minori devono essere garantiti operatori qualificati, con i titoli previsti dalle delibere di riferimento delle unità di offerta sociali Comunità Educative. È necessario garantire nelle ore diurne, 7 giorni su 7, il rapporto 1 operatore qualificato ogni 5 minori, modulando tale standard all'effettiva presenza dei minori nella CRD (ad es. non considerando le ore di frequenza di altri servizi educativi e/o scolastici). Tali operatori concorrono al raggiungimento del minutaggio qualificato o di supporto, a seconda del titolo dell'operatore stesso e alla garanzia del requisito della copresenza</p> |
|--|

| AREA A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE | |
|---|--|
| ES. 2.4.4 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE PER DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS) | <i>Target:</i> persone con disturbo da uso di sostanze (DUS) e alcol, anche in trattamento farmacologico sostitutivo e che non assumono sostanze d'abuso |
| | <i>Tipologia intervento della CRD:</i> programmi di media intensità assistenziale terapeutico riabilitativo finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale |
| | <i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze |
| | <i>Posti modulo funzionale: min 9, max 30 posti letto</i> - Con possibilità di utilizzare un 1/3 dei PL abilitati/accreditati del modulo per garantire al termine del programma di media intensità il proseguimento del percorso di cura con programmi riabilitativi di Bassa Intensità Assistenziale, nel rispetto della capacità ricettiva totale del modulo stesso |
| | <i>Standard gestionale:</i> È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato): - medico; - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza iscritto all'Ordine o ai relativi elenchi speciali. L'infermiere deve essere presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco. Il Medico deve essere presente almeno una volta alla settimana. Devono essere garantiti: a) 320 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui: - almeno 50 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo clinico e/o professionista sanitario della riabilitazione); - per i restanti 270 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria e quelli erogati da educatore sociopedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo e mediatore linguistico culturale. b) 144 minuti settimana/ospite di personale di supporto. <i>Copresenza:</i> È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico: |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Nei festivi e nei fine settimana copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto. <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore di supporto o qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità o delle quali notti passive/guardia notturna passiva.</p> |
| ES. 2.4.5 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE PER DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA) | <p><i>Target:</i> persone con disturbo da gioco d'azzardo (DGA)</p> <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> programmi di media intensità assistenziale terapeutico riabilitativo finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale</p> <p><i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze</p> <p><i>Posti modulo funzionale:</i> minimo 9, massimo 30 posti letto - Con possibilità di utilizzare un 1/3 dei PL abilitati/accreditati del modulo per garantire al termine del programma di media intensità il proseguimento del percorso di cura con programmi riabilitativi di Bassa Intensità Assistenziale, nel rispetto della capacità ricettiva totale del modulo stesso</p> <p><i>Standard gestionale:</i></p> <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico; - Infermiere; - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza iscritto all'Ordine o ai relativi elenchi speciali. <p>L'infermiere deve essere presente per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco.</p> <p>Il Medico deve essere presente almeno una volta alla settimana per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti.</p> <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 320 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>- almeno 50 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (medico e/o infermiere e/o psicoterapeuta e/o psicologo clinico e/o professionista sanitario della riabilitazione);</p> <p>- per i restanti 270 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria e quelli erogati da educatore sociopedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo e mediatore linguistico culturale.</p> <p>b) 144 minuti settimana/ospite di personale di supporto.</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Nei festivi e nei fine settimana copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto. <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore di supporto o qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità o delle quali notti passive/guardia notturna passiva.</p> |
|--|--|

| AREA A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE | |
|---|--|
| ES. 2.4.6 | <i>Target:</i> persone con storia di dipendenza patologica e che non assumono più sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi; può essere prevista, in assenza di controindicazioni, anche la presenza di persone sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi o altri trattamenti farmacologici prescritti. |
| CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) | <i>Tipologia intervento della CRD:</i> programmi di bassa intensità assistenziale terapeutico riabilitativo finalizzati al miglioramento della qualità della vita, al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale /lavorativa |
| RESIDENZIALE CON PROGRAMMI PEDAGOGICO RIABILITATIVI | Durata accoglienza: 30 mesi, fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria |
| A | <i>Posti modulo funzionale: min 9, massimo 30 posti letto</i> |
| | <i>Standard gestionale:</i> |

| | |
|--|--|
| <p>BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE</p> | <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - educatore professionale (classe L/SNT2) iscritto all'Ordine o ai relativi elenchi speciali e/o educatore sociopedagogico. <p>L'infermiere deve essere presente, solo nel caso in cui siano presi in carico persone sottoposte a trattamenti farmacologici, per il tempo necessario a rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire l'eventuale somministrazione della terapia alle persone per le quali il medico non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco</p> <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 120 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 50 minuti di educatore professionale (classe L/SNT2) e/o educatore sociopedagogico, psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - per i restanti 70 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure sopra precisate e quelli erogati da medico, infermiere, professionista sanitario della riabilitazione, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo e mediatore linguistico culturale. <p>b) 144 minuti settimana/ospite di personale di supporto.</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori per turno diurno, nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dalle 8:00 alle 16:00 copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Dalle 16:00 alle 21:00 copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto; - Nei festivi e nei fine settimana copresenza di due operatori di supporto o due qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto ; <p>Nel turno notturno deve essere garantita la presenza di almeno un operatore di supporto o qualificato, (anche con l'utilizzo di Istituti Contrattuali quali notti passive/guardia notturna passiva e/o reperibilità con obbligo di residenza nel medesimo edificio della comunità) e reperibilità di un secondo operatore che può essere garantita anche da un operatore di supporto. Possono essere rendicontate nel minutaggio settimanale solo le ore di effettiva presenza in servizio attivo, con esclusione di ogni forma di reperibilità o delle quali notti passive/guardia notturna passiva.</p> |
| <p>ES. 2.4.7 CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione)</p> | <p><i>Target:</i> persone con storia di problemi di tossico e alcol dipendenza e Gioco di azzardo patologico, con pregressi percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale.</p> <p><i>Costituiscono criteri di esclusione</i> la presenza di comportamenti antisociali o di patologie psichiatriche attive.</p> |

| | |
|--|--|
| per le Dipendenze) RESIDENZIALE CON PROGRAMMI DI REINSERIMENTO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE | <p>Nel caso di un ritorno a una fase attiva di dipendenza con uso problematico di droghe o alcol da parte delle persone in carico, si provvede a una rapida rivalutazione del progetto individuale ed eventualmente all'invio a una idonea unità d'offerta residenziale o ambulatoriale di altra tipologia.</p> |
| | <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> interventi a bassa intensità assistenziale con marcato orientamento al reinserimento e alla sperimentazione e sviluppo delle autonomie delle persone sul territorio.</p> |
| | <p><i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi prorogabili fino a massimo 30 mesi, a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze e fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria</p> <p>capacità ricettiva: minimo 2, massimo 16 posti letto. Tale UdO potrà funzionare sia in edifici con i requisiti strutturali della civile abitazione (da 2- a 8 posti letto) sia in UdO con standard strutturali previsti per la comunità terapeutica (da 9 a 16 posti letto). Quest'ultima tipologia solo per le UdO già accreditate.</p> <p>In caso in cui sia un modulo all'interno di una CRD si devono assicurare spazi e organizzazione a garanzia degli obiettivi specifici.</p> |
| | <p><i>Standard gestionale:</i></p> <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> <ul style="list-style-type: none"> - educatore professionale (classe L/SNT2) iscritto all'Ordine o ai relativi elenchi speciali e/o socio-pedagogico in base ai bisogni dell'utente. <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 100 minuti settimana/ospite di personale qualificato di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 50 minuti di educatore professionale (classe L/SNT2) e/o sociopedagogico; - per i restanti 50 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure sopra precisate e quelli erogati da medico, infermiere, psicoterapeuta, psicologo clinico, professionista sanitario della riabilitazione, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo e mediatore linguistico culturale. <p>b) 100 minuti settimana/ospite di personale di supporto.</p> <p>Oltre al minutaggio sopra precisato deve essere garantita la presenza nella CRD del responsabile del programma terapeutico almeno settimanale.</p> <p>Non deve essere garantita la presenza degli operatori h24, ma definita in base ai bisogni degli ospiti.</p> |

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

| | |
|--|--|
| <p>AC. .1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</p> | <p>Adozione del programma annuale entro il primo trimestre di ciascun anno solare, definendo gli obiettivi e le attività nell'ambito delle specifiche aree di intervento. Per le nuove unità d'offerta il programma viene adottato entro novanta giorni dalla data di accreditamento. Il programma annuale tiene conto delle diverse tipologie di utenti, delle risorse umane disponibili e del loro utilizzo, dell'apporto del volontariato, del grado rilevato di soddisfazione degli utenti, delle osservazioni degli organi di vigilanza. La programmazione si attua almeno nei seguenti ambiti, dove applicabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - educativo, di animazione, di socializzazione; - coinvolgimento del territorio (associazioni, parrocchie, scuole, servizi di inserimento lavorativo, altri servizi territoriali, gruppi di auto mutuo aiuto); - educazione alla salute e promozione del benessere; - sostegno delle famiglie; - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure. <p>Il soggetto gestore adotta un sistema per la valutazione degli obiettivi, delle attività e dei risultati del programma annuale, che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali in relazione alle attività pianificate con procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione di qualità dei servizi erogati (es. audit, questionari di soddisfazione) che includano la definizione di standard e dei relativi indicatori di valutazione; - la valutazione della performance della struttura considerando gli esiti dei programmi terapeutici riabilitativi personalizzati - la predisposizione di una relazione annuale che espliciti i risultati conseguiti a seguito degli obiettivi e delle attività proposte, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative previste per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione; - la diffusione dei risultati agli interessati. |
| <p>AC. 1.2 Adozione del modello organizzativo e del codice etico ai sensi del decreto legislativo 231/2001</p> | <p>Il soggetto gestore di unità d'offerta residenziali con capacità ricettiva pari o superiore agli ottanta posti letto o di unità d'offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a ottocentomila euro annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo, è tenuto ad adeguarsi a quanto previsto dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, <i>Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300</i>, adottando il relativo modello organizzativo e il codice etico. Inoltre, ai sensi dell'articolo 6 del citato decreto legislativo, provvede alla nomina dell'organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo. Il soggetto gestore rende pubblico il proprio codice etico utilizzando il sito web (se esistente) o altri idonei mezzi.</p> <p>Il soggetto gestore attesta annualmente, entro il 28 febbraio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante o dai procuratori speciali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adozione del codice etico comportamentale; - la nomina dell'organismo di vigilanza, con l'identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - l'avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia; - l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza. |
| AC. 1.3 Continuità assistenziale | <p>La continuità dell'assistenza viene garantita, oltre a quanto previsto a livello di esercizio, prevedendo la gestione di eventuali cambi del personale di riferimento.</p> <p>Per garantire la continuità assistenziale, Il gestore promuove attività di integrazione, anche per il tramite della ReDiDi, con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio, per garantire l'assistenza durante il percorso di riabilitazione ed eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie.</p> |
| AC. 1.4 Diniego accesso | In caso di diniego all'accesso in comunità a causa di non idoneità del paziente è redatta motivata relazione informando i servizi invianti. |
| AC. 1.5 Piano di formazione | <p>Viene definito e messo in atto un piano di formazione, per tutti gli operatori e volontari in un arco di tempo triennale che, al fine di favorire l'approccio all'integrazione sociosanitaria e interprofessionale, preveda il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura e la programmazione delle attività formative. Queste includono almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione e tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti (anche per il personale che non concorre allo standard dell'UdO); • l'addestramento all'ascolto e al coinvolgimento proattivo dell'utente nelle attività/monitoraggio/modifiche/aggiornamento del PRTP/PI e PAI • condivisione sulle modalità messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio; • procedure e protocolli interni organizzativi e assistenziali, raccomandazioni ministeriali applicabili, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; • primo soccorso e gestione delle intossicazioni acute da sostanze psicoattive (compreso l'utilizzo di farmaci specifici); • utilizzo delle apparecchiature, laddove presenti; • gestione del rischio e degli eventi avversi; • principi di umanizzazione delle cure; • sviluppo di competenze specifiche per la presa in carico del minore con dipendenza patologica. <p>Il piano formativo deve prevedere inoltre tematiche specifiche in base alla tipologia di utenza presa in carico per ciascun modulo funzionale accreditato.</p> <p>Il piano formativo deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rilevazione dei fabbisogni formativi effettuata con il coinvolgimento degli operatori; - la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione; |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - la condivisione delle conoscenze acquisite. <p>Devono essere previsti momenti formativi congiunti con i Servizi Ambulatoriali delle Dipendenze e i servizi che si occupano delle addiction</p> <p>La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere conoscibili i percorsi e i risultati.</p> <p>Per il personale che opera in libera professione, il soggetto gestore è tenuto ad acquisire la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento svolti in relazione all'attività prestata.</p> |
| AC. 1.6 Integrazione fra operatori e volontari/tirocinanti | Sono definite le modalità di integrazione tra le figure professionali, i volontari/servizio civile e i tirocinanti eventualmente presenti. |
| AC. 1.7 Responsabile Programma Terapeutico | È individuato un responsabile del PTRI/PI e del PAI di ogni ospite con qualifica coerente rispetto agli obiettivi. Il responsabile del PTRI/PI e del PAI è individuato sulla base della discussione dei casi in equipe multidisciplinari e sulla base della PAI. Lo stesso provvede anche alla verifica delle azioni da sottoporre all'equipe e ai servizi coinvolti nel caso |
| AC. 1.8 Gestione del personale | Il soggetto gestore adotta un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori. Definisce inoltre la programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale nell'arco delle 24 ore), i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale. Il personale in servizio deve essere identificabile mediante cartellino di riconoscimento o altra modalità adeguata alla tipologia di UdO, disponibile a richiesta anche se non esposto. |
| AC. 1.9 Coinvolgimento MAP | Sono definite e messe in atto modalità per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici Assistenza Primaria e dei Pediatri di Libera Scelta. È garantito il collegamento con il MAP per l'assistenza medica generale, per problemi che si possono manifestare durante la permanenza, nel rispetto della normativa sulla privacy |
| AC. 1.10 Valutazione qualità | Sono messe in atto modalità per l'adozione di innovazioni tecnico-professionali e organizzative emergenti con il coinvolgimento del personale e valutazione della loro efficacia Sono definite le modalità e gli strumenti di valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione degli utenti e caregiver. Sono attuate strategie di miglioramento degli stessi se necessario |
| AC. 1.11 Rischio clinico | Sono formalmente attribuite ad una figura sanitaria le funzioni relative alla gestione del rischio clinico. Al fine di garantire e migliorare la sicurezza è redatto un programma per la gestione del rischio clinico che comprenda almeno: <ul style="list-style-type: none"> - definizione di responsabilità; - l'individuazione delle situazioni clinico/assistenziali a rischio per la sicurezza degli utenti (es. suicidi o tentati suicidi, episodi di autolesionismo, utilizzo di sostanze/farmaci psicoattivi non prescritti, episodi di violenza a danno di utenti e operatori, riconciliazione farmacologica, ...), degli operatori e ambiente; |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - l'adozione e l'implementazione di strategie per la riduzione del rischio, con relativi piani di azione sui rischi specifici rilevanti per la UdO, prevedendo anche il coinvolgimento di utenti e familiari/caregiver; - relativi indicatori di monitoraggio e tempi di verifica; - comprendendo anche l'attuazione delle raccomandazioni ministeriali declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza - adozione di specifici programmi di formazione. <p>È implementato, secondo la normativa vigente e indicazioni regionale, un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la gestione del rischio clinico (quali evento/near miss, evento senza danno, evento avverso, evento sentinella) almeno per quanto riguarda le aggressioni ai danni di utenti e operatori, agiti auto lesivi, gestione di farmaci, rischio infettivo, utilizzo di sostanze/farmaci psicoattivi non prescritti, cadute.</p> |
| AC. 1.12 Prevenzione/sicurezza della persona | <p>È presente, formalizzato e messo in atto un programma di gestione del rischio ambientale che tenga in considerazione anche il rischio di uscita non controllata e il passaggio di materiale e sostanze al fine di ridurre il più possibile il rischio</p> <p>Sono presenti, formalizzati e messi in atto piani di azione per la risoluzione delle criticità individuali dei dati rilevati rispetto ad incidenti, infortuni e altri eventi, ai fini del miglioramento dei programmi di gestione e di riduzione dei rischi ambientali</p> |
| AC 1.13 Valutazione gradimento | <p>La rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza deve essere effettuata almeno annualmente, anche nei confronti dei famigliari/esercente la potestà genitoriale, rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usfruite.</p> <p>Vengono svolte periodicamente, almeno annuale, attività di monitoraggio e valutazione del livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo del sistema di comunicazione interna alla struttura, anche per prevenire fenomeni di burn out. Tali attività sono svolte anche attraverso l'uso di strumenti come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supervisioni periodiche dell'equipe; la misurazione della soddisfazione; - raccogliere le segnalazioni/ i suggerimenti degli operatori; - facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità. I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale. <p>È favorita l'adesione del personale ai cambiamenti organizzativi molti al miglioramento del clima di lavoro.</p> <p>Il soggetto gestore, con la partecipazione del personale, garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi dei dati rilevati dalle valutazioni del grado di soddisfazione per il miglioramento della qualità dei servizi e la presa in considerazione delle criticità emerse; |

| | |
|--|---|
| | <p>- la diffusione dei risultati delle indagini e delle misure di miglioramento (tramite occasioni pubbliche, la distribuzione di materiale informativo, la pubblicazione sul sito web aziendale o con altre modalità, alle parti interessate interne ed esterne (es: utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali))</p> <p>Viene garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse e la messa in atto di strategie di miglioramento, qualora necessarie</p> |
| AC. 1.14 Valutazione esiti prese in carico | Vengono svolte e documentate periodicamente analisi sui processi e sugli esiti delle prese in carico, anche raccordandosi con i servizi territoriali (es. ASST, ATS, Dipartimento delle Dipendenze, ReDIDI), con la finalità di migliorare l'intero processo di presa in carico e favorire lo sviluppo delle reti e il miglioramento del sistema |
| AC. 1.15 Gestione segnalazioni | <p>Sono previste modalità di gestione di reclami, elogi, osservazioni e suggerimenti</p> <p>I dati derivanti dall'analisi dei reclami e dalle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti sono utilizzati e diffusi ai fini del miglioramento della qualità dei processi</p> |
| AC. 1.16 disservizi | <p>Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati <input type="checkbox"/> la predisposizione di azioni e piani di miglioramento ed eventuale successivo monitoraggio <input type="checkbox"/> la diffusione/comunicazione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo. <p>È effettuata periodicamente un'analisi dei principali processi per individuare le fasi nelle quali si verificano disservizi (ad es. errori ritardi, incomprensioni fra operatore e utente) al fine della loro prevenzione.</p> |
| AC 1.17 Carta dei servizi | <p>Le comunità si dotano di una carta dei servizi, datata, esposta, a disposizione del pubblico, pubblicata sul sito dell'unità d'offerta.</p> <p>I contenuti minimi della carta dei servizi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input type="checkbox"/> criteri di accoglienza <input type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input type="checkbox"/> definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste <input type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite), nonché per la rilevazione dei disservizi <input type="checkbox"/> definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi <input type="checkbox"/> regole di vita comunitaria <p>Alla carta dei servizi sono allegati la scheda di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e la scheda per esprimere apprezzamenti o lamenti o per denunciare i disservizi.</p> |
| AC. 1.18 Comunicazione | <p>Il gestore assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche, fogli informativi), valutandone l'efficacia e qualora necessario individua strategie di miglioramento</p> <p>È adottata una modalità strutturata finalizzata all'informazione di utenti, familiari/caregiver anche attraverso l'uso di strumenti informativi sintetici</p> |
| AC. 1.19 Contabilità analitica | <p>Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali. Detto sistema, direttamente riferito alla singola unità d'offerta, consente di imputare i dati economici per centri di costo, con un livello di dettaglio almeno funzionale all'assolvimento del debito informativo regionale. Il sistema contabile dimostra il corretto rapporto tra le risorse impiegate e le prestazioni erogate e promuove sistemi di controllo di gestione e altri metodi di valutazione dei risultati.</p> |
| AC. 1.20 Procedure aggiuntive | <p>Il soggetto gestore adotta procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ivi compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali, ove clinicamente ritenute opportune; - l'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, prevedendo: <ul style="list-style-type: none"> *comunicazione agli utenti e/o familiari/caregiver; *valutazione dell'impatto sugli operatori; *comunicazione esterna; *gestione del contenzioso. * segnalazione agli enti competenti nelle modalità previste dalla normativa nazionale e dalle indicazioni regionali, quando abilitata per i sistemi informativi specifici * analisi degli incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza (quasi evento/near miss, evento senza danno, evento avverso, evento sentinella) attraverso metodologie disponibili in letteratura (es. Audit clinico, Route Cause Analysis - RCA, ecc.) volte all'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti e delle azioni di mitigazione del rischio. |

ALLEGATO 5 - REQUISITI CENTRI DI CURA E DI RIABILITAZIONE PER LE DIPENDENZE (CRD) IN FORMA SEMIRESIDENZIALE

REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO

Il soggetto gestore, qualora il requisito preveda un'evidenza documentale, ha facoltà di adottare un unico documento complessivo o più documenti specifici, formalmente corretti (ovvero datati e approvati).

I documenti, le procedure e i protocolli assistenziali adottati sono aggiornati ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e comunque con una periodicità non superiore al triennio.

Ad ogni CRD in forma semiresidenziale deve essere assegnato un CUDES. Ogni CRD in forma semiresidenziale può articolarsi in più moduli funzionali, nei limiti sotto previsti per ciascuna tipologia.

Il requisito di funzionamento dell'UdO è da intendersi come numero di ore e di giornate di apertura del servizio. La presenza giornaliera della persona al semiresidenziale non può essere inferiore a 3 ore, non è obbligatoria la presenza tutti i giorni di funzionamento del servizio, in coerenza con quanto previsto nel PTRP/PI e PAI. In tal caso il numero di iscritti può essere superiore alla capacità ricettiva, purché il numero di utenti contemporaneamente presenti non superi la capacità ricettiva stessa, programmando opportunamente gli orari/giornate di frequenza.

IL SOGGETTO GESTORE ASSICURA I SEGUENTI REQUISITI:

SOGGETTIVI DI ESERCIZIO, ACCREDITAMENTO E CONTRATTO

| REQUISITO | |
|------------|--|
| Soggettivi | Si richiama quanto previsto nell'Allegato 1 della DGR n. 2569/2014 e s.m.i. Gli enti gestori devono essere non profit |

REQUISITI DI ESERCIZIO GENERALI E SPECIFICI

STRUTTURALI/TECNOLOGICI

| REQUISITO | |
|-----------|---|
| ES 1.1 | Il soggetto gestore è tenuto a dichiarare il titolo di godimento dell'immobile destinato all'attività socio-sanitaria, gli eventuali vincoli gravanti sullo stesso e la compatibilità dell'attività con eventuali vincoli esistenti sull'immobile stesso. Il gestore è tenuto ad assicurare i seguenti requisiti: a) agibilità; |

| | |
|--------|---|
| | <p>b) protezione antisismica; c) protezione antincendio; d) protezione acustica; e) continuità elettrica; f) sicurezza anti infortunistica; g) igiene dei luoghi di lavoro; h) protezione dalle radiazioni ionizzanti; i) eliminazione delle barriere architettoniche</p> <p>Applicazione del DM 236/89 del DPR 14/01/97 e della DGR 2569/14 e s.m.i.</p> <p>Per le Unità di offerta già accreditate è necessario venga garantita una delle seguenti opzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'applicazione della L 13/89 e del DM 236/89; - Il rilascio dall'Amministrazione competente di deroga, assicurando comunque l'adeguamento strutturale o organizzativo in caso di presenza di utenti portatori di disabilità motoria; <p>j) smaltimento rifiuti sanitari; k) condizioni microclimatiche; l) impianti di distribuzione dei gas- NON PERTINENTE; m) materiali esplosivi.</p> <p>In merito a tali requisiti si fa riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali e locali.</p> |
| | AREA GENERALE (*) |
| ES 1.2 | <p>-oltre a quelli annessi ai locali pranzo e soggiorno deve essere previsto almeno un altro blocco di servizi composto da almeno 2 wc e una doccia con antibagno dotato di almeno 2 lavabi</p> <p>-per il personale, in relazione al numero di operatori contemporaneamente presenti</p> |
| ES 1.3 | <p>Locali per il soggiorno: deve essere assicurata una superficie di almeno 1,2 mq per utente con un minimo di 14 mq.</p> <p>o soggiorno e pranzo in locale unico con superficie di 2,4 mq per utente</p> |
| ES 1.4 | <p>Locali per il pranzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,2 mq per utente con almeno una superficie minima di 14 mq o soggiorno e pranzo in locale unico con superficie di 2,4 mq per utente • facilmente accessibile ai locali pranzo e soggiorno blocco servizi composto da almeno 2 wc opportunamente disimpegnati con apposito antibagno dotato di almeno un lavabo • di cui almeno uno attrezzato per la disabilità motoria (DM 236/89) |
| ES 1.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Locale per servizio cucina e dispensa adeguato al numero degli ospiti • Qualora l'attività di preparazione e somministrazione dei pasti sia autogestita, anche come attività educativa, ovvero sia in essere un appalto "catering", all'interno della struttura è necessario il locale cucina e il deposito delle derrate alimentari; |

| | |
|---------|--|
| | Nel caso in cui sia presente personale dedicato assunto con ruolo di cuoco per la preparazione e somministrazione deve essere applicato il regolamento CE n. 852/04 per la definizione degli spazi |
| ES 1.6 | Ripostigli: devono essere previsti locali ripostiglio per gli accessori, materiale di pulizia e le attrezzature della comunità in numero e con ubicazione adeguata |
| ES 1.7 | Locale/i per il personale in relazione al numero di operatori contemporaneamente presenti e alle funzioni previste di cui uno comunque utilizzabile come sala riunioni d'equipe |
| ES 1.8 | Locali per attività riabilitative-pedagogiche-terapeutiche con superficie 1,2 mq per utente con un minimo di 16 mq (Qualora, ai fini delle iniziative riabilitative e di risocializzazione, siano previste attività di laboratorio devono essere garantiti adeguati spazi dimensionati come sopra e nel rispetto delle norme di sicurezza impiantistica vigente. Nel caso di laboratori per attività più complesse e per fini ulteriori a quelli precedenti, gli ambienti, le attrezzature e quanto altro connesso dovranno possedere le caratteristiche previste per le specifiche attività) |
| ES 1.9 | <ul style="list-style-type: none"> Spazi per il primo soccorso: è presente un locale infermeria di almeno 9 mq di superficie, dotato di almeno un posto letto per il ricovero temporaneo/isolamento e di un servizio igienico ad uso esclusivo. |
| ES 1.10 | La struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza e lo svolgimento di attività all'aperto, ovvero è prevista, ove opportuna, la possibilità di utilizzo di spazi pubblici anche per favorire l'integrazione con il contesto urbano |
| ES 1.11 | Spogliatoi ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. previsto solo in funzione di attività riabilitative configurabili come attività produttive/lavorative in applicazione alla normativa di settore |
| | Note: Se l'UdO semiresidenziale è inserita in una struttura residenziale, i sopra declinati locali potranno essere condivisi a condizione che il dimensionamento degli stessi siano correlati alla massima ricettività prevista purché, comunque afferente allo stesso gestore. |
| | (*) PER LE UDO GIÀ ACCREDITATE SI APPLICANO I REQUISITI STRUTTURALI DELLE DGR n. 41878 del 12.3.1999, DGR n. 12621 del 7.4.2023 e DGR n. 2569 DEL 31.10.2014 e smi |
| | ATTREZZATURE E DISPOSITIVI MEDICI |
| ES 1.12 | Qualora vi siano attrezzature, è presente un inventario delle stesse, che include la modalità per la loro identificazione |
| ES 1.13 | E' presente un piano per la gestione (compresa la dismissione) e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature ove presenti. Gli interventi effettuati sono documentati La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature è disponibile per gli addetti alla manutenzione |
| ES 1.14 | Ove presenti dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali, i programmi di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore |

| | |
|-----------------------------|---|
| ES 1.15 | Sono messe in atto modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione e in relazione ai bisogni degli utenti, del personale e dell'organizzazione. È adottata una procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici, ove previsti. |
| ES 1.16 | Sono messe in atto modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione e in relazione ai bisogni degli utenti, del personale e dell'organizzazione. |
| FORMAZIONE SICUREZZA | |
| ES 1.17 | Vi è evidenza della formazione e del coinvolgimento del personale sui temi della sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro |

GESTIONE DELL'ATTIVITÀ E PROCEDURE

| REQUISITO | |
|---|--|
| ES. 2.1.1 Documento organizzativo | <p>Il soggetto gestore adotta e diffonde al personale un documento nel quale sono descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la missione dell'organizzazione e i valori cui si ispira, con particolare evidenza alla realizzazione di attività finalizzate a garantire l'ambiente del diurno, il "fattore emotivo", caratterizzato da un clima resiliente, di accettazione e di consapevolezza, in cui è possibile creare relazioni autentiche, di totale fiducia, tramite un mix di interazioni sociali ed elementi di cambiamento personali. <p>Nel documento è necessario venga evidenziato che l'organizzazione riconosce e rispetta i bisogni e le differenze di ciascuno utente, basate su ascolto, accoglienza, coinvolgimento, confronto, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - le politiche complessive (i campi prioritari di azione e i metodi adottati per raggiungere gli obiettivi); - gli obiettivi in relazione alla singola unità d'offerta, coerenti con la programmazione regionale e il piano di sviluppo territoriale della ASST, specificando i servizi erogati, prevedendo anche la possibilità di fornire supporto psicologico ai familiari/caregiver, e le prestazioni per persone affette da dipendenza patologica, atte al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita ed al reinserimento sociale e lavorativo in coerenza con l'art.35 del DPCM 12 gennaio 2017; - l'organizzazione interna dell'unità d'offerta, comprendente l'organigramma, i livelli di responsabilità (in particolare per le aree sanitarie), le modalità di erogazione del servizio, le prestazioni erogate e le attività eseguite, individuando anche un referente per i rapporti con gli uffici che sul territorio si occupano di protezione giuridica e di servizi sociali (uffici di protezione giuridica delle ASST, Comuni, centri per l'assistenza domiciliare o altri) - i processi e le relative responsabilità organizzative, assistenziali e professionali, coerentemente ai profili professionali coinvolti nei processi stessi |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - I requisiti e modalità di accesso e dimissione, la programmazione liste attese, l'accoglimento e la registrazione, nonché l'accesso e permanenza, anche temporanea, per le persone provenienti dagli istituti di pena; - le modalità di presa in carico, i tempi di permanenza, le motivazioni di non idoneità. <p>Il documento organizzativo deve, inoltre, essere coerente con i documenti di indirizzo, adottati a livello regionale/ASST e definire, diffondere e prevedere al suo interno le modalità di coordinamento/integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche quali servizi principali di riferimento, nonché con gli altri servizi del territorio ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con i servizi di salute mentale, i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i servizi per la disabilità; - con il Distretto Sociosanitario e le sue articolazioni per garantire l'assistenza di base (Medico di medicina generale, Continuità assistenziale) alle persone utenti della struttura; - con i Servizi sociali; - con le Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza; - con la Magistratura per gli utenti sottoposti a misure di sicurezza non detentiva; - con le risorse della Comunità (ad es. terzo settore, associazioni, reti di vita delle persone); - con l'area della salute in carcere. |
| ES. 2.1.2 funzionamento | Le CRD in forma semiresidenziale garantiscono un funzionamento, per almeno 47 settimane l'anno, per non meno di 5 giorni settimanali e per almeno 6 ore al giorno. L'assistenza può essere garantita nelle fasce serali e/o diurne e/o notturne |
| ES. 2.1.3 Piano di lavoro | Il soggetto gestore definisce annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia e il volume di attività previste e il conseguente piano organizzativo, prevedendone la diffusione al personale |
| ES. 2.1.4 Programma annuale | Il soggetto gestore adotta di un programma annuale di valutazione e miglioramento delle attività relativo ai processi di erogazione, selezionati in rapporto alle priorità individuate favorendo il coinvolgimento del personale. Sono messe in atto modalità per lo sviluppo di azioni ai fini del miglioramento della qualità su alcune tematiche, quali ad es. rischio cadute, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'ATS/ASST |
| ES. 2.1.5 Politiche di gestione delle risorse umane/economiche | Il soggetto gestore definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per le attività del diurno; nonché la descrizione quantitativa e qualitativa delle risorse umane ritenute necessarie alla gestione dell'unità d'offerta, declinando i profili professionali impiegati e descrivendo il mix complessivo di operatori definito in base alle caratteristiche dell'utenza, ai bisogni e alla specificità delle attività/prestazioni erogate. Nel documento vengono descritte le modalità messe in atto per il contenimento del turn over del personale, al fine di assicurare riferimenti costanti agli ospiti. Viene descritta la reperibilità. La reperibilità non può essere esclusivamente telefonica, ma l'operatore reperibile deve essere nelle condizioni di raggiungere la struttura di norma entro trenta minuti. |

| | |
|---|---|
| ES. 2.1.6 Selezione personale | Sono definiti i criteri di selezione del personale che includano, in particolare, la conoscenza della lingua italiana; |
| ES. 2.1.7 Inserimento personale | È definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, neoassunto o trasferito, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della umanizzazione e della sicurezza e prevenzione del rischio. |
| ES. 2.1.8 Piano formazione | Il soggetto gestore adotta un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale, anche in raccordo/avvalendosi di formazione erogata da altre agenzie/aziende con contenuti specifici in relazione al piano di organizzazione della struttura e alla tipologia di utenza trattata. |
| ES. 2.1.9 FASAS | Nel FASAS sono presenti le sezioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> - anamnesi riferite alle diverse aree - analisi e valutazione della situazione del singolo utente e, dove necessario e opportuno, del suo contesto familiare <ul style="list-style-type: none"> - percorso dell'utente nell'UdO (programma terapeutico riabilitativo personalizzato PTRP/PI, Piano Assistenziale Individuale PAI, Diari) - scheda di ricognizione/riconciliazione della terapia farmacologica - modulistica relativa alla tutela della privacy, al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti, alla tutela della persona se attivata |
| ES. 2.1.10 valutazione | Gli utenti vengono inseriti con un programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI), definito dal servizio inviante in seguito alla valutazione multidimensionale in collaborazione con la struttura (Comunità). |
| ES. 2.1.11 <i>programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PI)</i> | Il Programma terapeutico riabilitativo personalizzato – PTRP/PI, definito dal servizio inviante in collaborazione e in condivisione con la CRD semiresidenziale e con il coinvolgimento dell'utente/caregiver, tenuto conto di quanto previsto dal Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e indicato dai servizi invianti, definisce le aree di intervento ed esplicita, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili. Ne costituiscono quindi elementi essenziali: <ul style="list-style-type: none"> - valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata - eventuale terapia farmacologica in atto (ricognizione farmacologica) e trattamenti sanitari e sociosanitari in corso; - inquadramento diagnostico (diagnosi principale, secondaria ed eventuali altre comorbidità); - livello di intensità di assistenza e tipologia modulo funzionale la sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale, avvalendosi di strumenti validati dalla comunità scientifica; - l'individuazione dell'area di intervento; - la descrizione degli obiettivi della presa in carico; - individuazione di indicatori misurabili relativi agli obiettivi; - la definizione dei tempi di verifica per i singoli obiettivi; - l'integrazione tra dimensioni cliniche, funzionali e sociali. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Durata massima del PTRP/PI, nel rispetto di quanto definito dal DCPM 12/172017 sui LEA in relazione alla tipologia dell'unità di offerta - Art 35 comma 2 lettera a,b, c-, e comunque in relazione al bisogno dell'utente rilevato tramite rivalutazione multidimensionale; - titolare della presa in carico a livello territoriale - responsabile dell'attuazione del programma a livello residenziale <p>Il programma terapeutico riabilitativo personalizzato viene redatto per ogni utente e da questi esplicitamente sottoscritto.</p> <p>La CRD semiresidenziale prevede strumenti atti a verificare l'appropriatezza del trattamento attraverso il monitoraggio del percorso, in accordo con il servizio territoriale che ha in carico la persona, rispetto al raggiungimento degli obiettivi del PTRP/PI, al tempo di permanenza e al rispetto del PTRP/PI</p> <p>Il PTRP/PI deve essere verificato e aggiornato, in collaborazione con il servizio inviante/territoriale, ogni qualvolta si renda necessario e comunque con una periodicità non superiore a 6 mesi, nel rispetto di quanto previsto per lo specifico modulo funzionale, con evidenza dell'esito nel fascicolo.</p> |
| <p>ES. 2.1.12 Piano Assistenziale Individuale PAI</p> | <p>Sulla base del PTRP/PI viene redatta, dalla équipe della CRD semiresidenziale, la pianificazione degli interventi Piano Assistenziale Individuale PAI.</p> <p>La pianificazione prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> la descrizione degli obiettivi individuati per le diverse aree di intervento, compreso il percorso di dimissioni; <input checked="" type="checkbox"/> la definizione degli interventi e delle modalità di attuazione (come? con quale intensità? dove? per quanto tempo?), con attività che prevedano almeno: <ul style="list-style-type: none"> a) il coinvolgimento attivo dell'ospite nelle attività di tenuta degli spazi personali; b) informazione agli utenti, fin dal momento dell'accesso, per la promozione della salute e del benessere e di vita alternativa, sui rischi di ricaduta e overdose in caso di interruzione del programma, nonché attività info-educativa di promozione della salute c) il "piano crisi" per la gestione delle acuzie comportamentali da rivalutare periodicamente e aggiornare se necessario d) interventi finalizzati alla dimissione e fondato su azioni di inclusione sociale, scolastica e lavorativa e) supporto psicologico individuale/di gruppo <input checked="" type="checkbox"/> l'individuazione dell'équipe o degli operatori coinvolti; <input checked="" type="checkbox"/> responsabile dell'attuazione del programma a livello residenziale |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> la declinazione delle attività di monitoraggio degli obiettivi e dei tempi previsti con verifica per ciascuna delle fasi del percorso (ogni qualvolta si renda necessario e comunque con una periodicità almeno SEMESTRALE) con evidenza dell'esito nel fascicolo; <input checked="" type="checkbox"/> l'evidenza della eventuale sospensione o interruzione degli interventi e le relative motivazioni; <input checked="" type="checkbox"/> la verifica del raggiungimento degli obiettivi individuati. <p>Una prima pianificazione degli interventi, anche se provvisoria e recante almeno una registrazione della fase di accoglienza nell'unità d'offerta, deve essere adottata in tempi brevi rispetto al primo accesso dell'utente.</p> |
| ES. 2.1.13 Diario | Il diario redatto dalle diverse figure professionali, anche se su sezioni specifiche, deve essere collocato nel FASAS e deve riportare: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico, con particolare riferimento alle variazioni delle condizioni dell'utente; <input checked="" type="checkbox"/> le prescrizioni mediche di carattere diagnostico e terapeutico; <input checked="" type="checkbox"/> gli interventi preventivi, terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi, psicologici effettuati in relazione al Piano Assistenziale Individuale PAI. |
| ES. 2.1.14 Procedure e Protocolli | Sono adottate procedure e protocolli e relativo piano di diffusione e di attuazione, aggiornati con periodicità almeno triennale e comunque ogni qualvolta si renda necessario, in aderenza a linee guida/raccomandazioni ministeriali, nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> processi assistenziali rilevanti per la specifica UdO <input type="checkbox"/> procedure e protocolli relativi all'approvvigionamento, conservazione e smaltimento dei farmaci; <input type="checkbox"/> procedura per l'autosomministrazione dei farmaci, compresi quelli sostitutivi da applicare agli ospiti in grado di gestire la propria terapia. <input type="checkbox"/> procedure per la prevenzione e la gestione del misuse e della diversione dei farmaci <input type="checkbox"/> procedura per il primo soccorso e di gestione delle emergenze/urgenze <input type="checkbox"/> protocolli specifici per la gestione delle acuzie psichiatriche, in collaborazione con la Re.Di.Di, che coinvolgono i servizi ambulatoriali delle dipendenze e i Servizi di salute mentale territoriali e che definiscano modalità e personale coinvolto a tutela della salute dell'utente, delle altre persone e dell'ambiente <input type="checkbox"/> modalità di pulizia e sanificazione degli ambienti <input type="checkbox"/> modalità di compilazione, aggiornamento, conservazione, archiviazione e <i>verifica</i> del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività socio-sanitaria erogata; compresa l'integrità del FASAS (quali ad es. la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso alla documentazione socio-sanitaria), nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia. Nonché per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del PTRP/PI e PAI per ogni persona e le modalità di interazione e aggiornamento al servizio ambulatoriale per le dipendenze delle modifiche e aggiornamenti praticati. Deve essere inoltre precisata la modalità per consentire che tutta la documentazione relativa all'utente sia a disposizione degli operatori in ogni momento |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> □ per la gestione delle interruzioni volontarie di trattamento/abbandono che comprenda anche la continuità dei trattamenti farmacologici □ procedura per garantire modalità efficaci di informazione/comunicazione in relazione a quanto definito nel PAI, □ procedura di dimissione/trasferimento, <i>a garanzia della continuità assistenziale degli utenti</i>, nella quale sia prevista la trasmissione al Servizio Ambulatoriale Delle Dipendenze della scheda/relazione individuale, che contiene anche la tipologia di esito del percorso realizzato; □ procedura operativa per la gestione del rischio biologico <p>Le procedure e protocolli sono definiti e formulati in relazione alla tipologia di utenza e nel rispetto delle linee guida e dei principi Evidence based (EBM). Tutto il personale è a conoscenza e applica le diverse procedure/protocolli</p> |
| ES 2.1.15 Gestione ricadute | Sono messe in atto modalità organizzative orientate alla gestione delle ricadute, ad eventuali abbandoni o intenzioni volontarie del programma |
| ES. 2.1.16 Organizzazione senza coercizione | L'organizzazione interna è svolta con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza |
| ES. 2.1.17 regolamento interno | È presente un regolamento interno di funzionamento della struttura dove sono indicati i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del PTRP/PI e PAI, le regole di vita comunitaria, le norme comportamentali degli ospiti e l'eventuale coinvolgimento di questi ultimi nelle attività quotidiane, definendo i comportamenti lesivi per sé e per gli altri che necessitano di intervento urgente e le modalità di intervento. Il regolamento inoltre prevede le modalità organizzative per la gestione del denaro degli utenti per beni personali. |
| ES 2.1.18 Registro presenza | È presente una modalità per l'annotazione delle giornate e orari di presenza - assenza degli utenti e delle relative motivazioni |
| ES. 2.1.19 trasparenza | È assicurata la pubblicazione del numero dei posti liberi/occupati e del numero di utenti in lista d'attesa e tempi di attesa sul proprio sito internet, con aggiornamento in tempo reale |
| ES. 2.1.20 Continuità assistenziale | La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi imprevisti (organizzativi, clinici e tecnologici), in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza trattata. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | Vengono adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna tra gli operatori, i trasferimenti presso altre strutture e alla dimissione. |
| ES. 2.1.21 Materiale informativo | Il soggetto gestore si dota di materiale informativo nella quale, fatte salve le eventuali indicazioni specifiche definite per le singole unità d'offerta, sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni e le modalità di erogazione delle stesse. |
| ES. 2.1.22 Sistema informativo | Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati. Sono presenti sistemi informativi in grado di: <ul style="list-style-type: none"> - consentire la tracciatura dei dati; - fornire il supporto alle attività di pianificazione e controllo; - tener conto dei debiti informativi verso le istituzioni (es. regionali e nazionali). |
| ES. 2.1.23 Polizza assicurativa | Il soggetto gestore stipula, in data non successiva alla presentazione della SCIA contestuale o dell'istanza di accreditamento, una polizza assicurativa per la responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o ad altri soggetti. La polizza deve comprendere i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia. Eventuali franchigie previste dalle polizze non devono gravare sui terzi danneggiati. In alternativa, il soggetto gestore deve avere un programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato. La copertura assicurativa è garantita sia agli utenti che al personale, anche volontario |

PERSONALE E RUOLI

| REQUISITI | |
|--|---|
| ES. 2.2.1 Individuazione referenti/responsabili | <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione e comunicazione agli enti interessati del/dei referente/i per i rapporti con gli uffici sul territorio che si occupano di protezione giuridica e servizi sociali, nonché con funzione di collegamento con ASST e con gli altri servizi del territorio a garanzia della continuità assistenziale Devono essere inoltre individuati: <ul style="list-style-type: none"> - un responsabile del piano di formazione e aggiornamento del personale - un responsabile del sistema informativo - un responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità |
| ES. 2.2.2 Responsabile sanitario | Il gestore nomina con atto formale il responsabile sanitario di struttura. Tale funzione è rapportata alla tipologia, complessità e dimensione della struttura ed è preferibilmente attribuita ad un medico ed in ogni caso ad un professionista sanitario laureato iscritto al relativo ordine/albo o elenchi speciali. Può essere svolta a tempo pieno o parziale e anche condivisa tra più strutture, nel rispetto della normativa vigente. Sono previste in ogni caso modalità organizzative idonee a garantire la corretta gestione sanitaria e il tempestivo intervento decisionale in caso di necessità. |

| | |
|---|--|
| <p>ES. 2.2.3 Ruolo responsabile sanitario</p> | <p>Il responsabile sanitario ha almeno i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • validare protocolli, procedure ed eventuali linee guida interne alla struttura, in materia sanitaria e verificarne la corretta applicazione; • curare i rapporti con la ATS di riferimento per l'applicazione di iniziative di promozione della prevenzione, dell'educazione alla salute e della tutela sociosanitaria; • vigilare sugli aspetti igienico-sanitari; • vigilare sulla corretta compilazione della documentazione sociosanitaria; • vigilare sulla corretta conservazione della documentazione sociosanitaria; • vigilare sul rispetto della riservatezza dei dati sociosanitari; • vigilare sulla corretta conservazione, somministrazione, smaltimento dei farmaci e dei materiali/dispositivi a scadenza, laddove presenti; • vigilare sulla gestione dei rifiuti pericolosi potenzialmente infetti e speciali pericolosi • vigilare sul corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario, laddove presenti • vigilare sulla qualità dell'assistenza • vigilare sui progetti di promozione della salute, dei comportamenti corretti e del rispetto della dignità della persona • valutare il rischio clinico, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi avversi <p>Queste funzioni devono essere svolte nel rispetto della titolarità della presa in carico riservata al responsabile del PTRI/PI e del PAI del singolo utente</p> |
| <p>ES. 2.2.4 Volontari</p> | <p>I volontari devono appartenere ad Associazioni di Volontariato iscritte nel registro e convenzionate con la struttura. In caso di volontari non in possesso di titolo adeguato pertanto non rendicontabili a standard deve comunque essere previsto formalizzazione dei rapporti tra struttura e Associazione o singolo volontario</p> |

STANDARD DI PERSONALE SECONDO TIPOLOGIA DI AREE/MODULI FUNZIONALI

| STANDARD PERSONALE | |
|---|---|
| <p>ES . 2.3.1 PERSONALE QUALIFICATO</p> | <ul style="list-style-type: none"> - medico - Infermiere - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione, anche se iscritti agli elenchi speciali, ove previsti. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - educatore socio-pedagogico; - assistente sociale; - OSS; - psicologo; - sociologo - mediatore linguistico culturale <p>Per i soli gestori con qualifica di ONLUS ai sensi del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 o delle qualifiche equiparate è ammesso, per una quota non eccedente il 25% della dotazione minima, l'impiego di personale in formazione (ad esclusione del personale sanitario), a condizione che abbia completato almeno il 50% del programma curricolare e garantisca un impegno di servizio di almeno 18 ore settimanali.</p> <p>È esclusa la rendicontazione a standard di tirocinanti o servizio civile come già previsto dalla DGR 2569/2014 e smi.</p> |
| ES. 2.3.2 PERSONALE DI SUPPORTO | <p>Il personale di supporto garantisce lo svolgimento di varie attività nelle strutture, contribuendo a migliorare la qualità dell'esperienza comunitaria e pertanto dell'intervento terapeutico e riabilitativo. A tale scopo è possibile ricomprendere anche l'apporto di utenti esperti/pari provenienti da percorsi riabilitativi in considerazione della loro esperienza. Tutto il personale di supporto dovrà essere adeguatamente formato tramite la partecipazione a percorsi organizzati da Regione, ATS/ASST o enti accreditati, secondo linee guida regionali.</p> <p>Afferiscono a tale area:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) operatori che abbiano sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione quali ad esempio in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia, pet-therapy, mindfulness e teatroterapia, oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte), diplomati ISEF o laureati in scienze delle attività motorie sportive (classe 33); 2) operatori con corsi IREF di Regione Lombardia, e baciliato per i sacerdoti; 3) il personale proveniente da percorsi riabilitativi è considerabile, al fine dello standard (minutaggio e copresenza), solo con la contemporanea presenza di altro/i operatore/i <p>L'eventuale eccedenza di minuti di personale qualificato (es. 2.3.1) concorre al raggiungimento del minutaggio previsto per il personale di supporto</p> |
| ES. 2.3.3 RESPONSABILE STRUTTURA/COORDINATORE STRUTTURA | <p>È individuato con atto formale un responsabile/coordinatore di struttura per Unità di offerta, in possesso di un titolo previsto per il personale qualificato e con comprovata esperienza lavorativa nell'ambito delle dipendenze. Nell'atto di nomina devono essere precisate il numero di ore settimanali dedicate per tale funzione, garantendo la presenza presso la UdO.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Le ore di presenza, anche quelle dedicate ad attività di coordinamento finalizzate a garantire interventi sull'utenza, vengono considerate nel conteggio dello standard gestionale.</p> <p>Il responsabile/coordinatore può avere anche, oltre alle ore dedicate alla funzione di coordinamento, funzioni operative Tale figura si occupa di tutte le attività necessarie per l'organizzazione generale della Unità di offerta.</p> <p>Il Responsabile di struttura può coincidere con il responsabile sanitario, qualora in possesso dei titoli previsti.</p> |
| ES. 2.3.4 FREQUENZA PART TIME | È possibile la frequenza part time orizzontale (almeno 3 ore) o verticale. In tal caso il minutaggio viene rapportato alla frequenza: ad es. frequenza mezza giornata (almeno 3 ore): giornata presenza ospite è uguale a 0,5. |
| ES. 2.3.5 RESPONSABILE SANITARIO | Come già definito nel requisito ES. 2.2.2 deve essere nominato il Responsabile Sanitario. Il Responsabile sanitario può coincidere con il responsabile struttura |
| ES. 2.3.6 VOLONTARI | il personale volontario con titoli/formazione previsti per il personale qualificato e/o di supporto è rendicontabile a standard, fino a un massimo del 50% del minutaggio erogato. |
| ES. 2.3.7 COPRESENZA | Il requisito della copresenza quando previsto, per le UdO con più moduli funzionali è assolto su tutta l'unità di offerta e non sul singolo modulo Se negli stessi spazi della struttura semiresidenziale è accreditata anche una CRD residenziale, il requisito della "copresenza" degli operatori può essere considerato soddisfatto con la presenza contemporanea di almeno due operatori che servano entrambe le UdO (residenziale e semiresidenziale). Resta confermato comunque il rispetto delle qualifiche del personale a garanzia della copresenza e del minutaggio previsto per ciascuna unità d'offerta. |
| ES. 2.3.8. MEDICO | Non è previsto l'obbligo nei servizi semiresidenziali della figura del medico. Tale funzione deve essere garantita dai servizi territoriali che hanno in carico le persone tramite una collaborazione costante con il servizio semiresidenziale. |
| AREA SPECIALISTICA AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVA | |
| CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) SEMIRESIDENZIALE CON PROGRAMMI AD ALTA INTENSITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA, SANITARIA E PSICO-SOCIO-EDUCATIVA | <p><i>Target:</i> persone, anche sottoposte a trattamenti farmacologici, che non necessitano di allontanamento dalla famiglia o dalla realtà di vita, con dipendenza patologica e che richiedono, come evidenziato dal PTRP/PI, un'intensità di assistenza elevata, quali ad es. persone con provvedimenti dell'autorità giudiziaria, grave marginalità, minori/giovani adulti, persone in comorbilità psichiatrica ...</p> <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), supporto psichiatrico e psicologico, finalizzato al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale.</p> <p>In caso di inserimento di minori è necessario che il gestore adegui i propri interventi agli specifici bisogni e una attenzione specifica per il mantenimento e/o orientamento in percorsi scolastici o lavorativi</p> <p><i>Durata accoglienza:</i> 18 mesi, fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria</p> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>Posti modulo funzionale:</i> da 5 a 15 posti <i>In caso di minori è necessario vengano garantiti spazi dedicati.</i></p> <p><i>Funzionamento:</i> almeno 47 settimane l'anno, per non meno di 5 giorni settimana e per almeno 6 ore al giorno. Accoglienza diurna o notturna</p> <p><i>Standard gestionale:</i> È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato): - psicologo specializzato in disciplina di psicologia o psicoterapia o medico specializzato per la disciplina di psicoterapia; - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definite in base ai bisogni utenza, iscritto all'Ordine o relativi elenchi speciali.</p> <p>In linea generale la gestione del trattamento farmacologico è garantita dal servizio territoriale delle dipendenze. Pertanto, solo in caso di gestione del trattamento farmacologico nell'orario di frequenza del servizio semiresidenziale, è necessaria la presenza dell'infermiere per rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire la somministrazione alle persone per le quali il medico, del servizio territoriale delle dipendenze, non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco.</p> <p>Devono essere garantiti: a) 70 minuti giorno/ospite di personale qualificato di cui: - almeno 30 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (ad es. psicologo e/o professionista sanitario della riabilitazione e/o infermiere); - per i restanti 40 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria e quelli erogati da educatore sociopedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo, mediatore linguistico culturale.</p> <p>b) 25 minuti giorno /ospite di personale di supporto.</p> <p><i>Copresenza:</i> È necessario garantire la copresenza di almeno due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto per tutto l'orario di apertura.</p> |
|--|--|

| AREA BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE | |
|--|--|
| CRD (Centri di Cura e di Riabilitazione per le Dipendenze) | <i>Target:</i> persone (solo maggiorenni), anche sottoposte a trattamenti farmacologici, che non necessitano di allontanamento dalla famiglia o dalla realtà di vita, con dipendenza patologica non in comorbidità psichiatrica. Quali ad es. giovani adulti, persone con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria... |

| | |
|--|--|
| SEMIRESIDENZIALE CON PROGRAMMI A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE | <p><i>Tipologia intervento della CRD:</i> programmi di bassa intensità assistenziale terapeutico riabilitativo finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale</p> <p><i>Durata accoglienza:</i> 30 mesi, fatto salvo quanto previsto dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria</p> <p><i>Posti modulo funzionale:</i> min 9, massimo 25 posti</p> <p><i>Funzionamento:</i> almeno 47 settimane l'anno, per non meno di 5 giorni settimana e per almeno 6 ore al giorno. Accoglienza diurna o notturna</p> <p><i>Standard gestionale:</i></p> <p>È obbligatoria la presenza in organico delle seguenti figure professionali (personale qualificato):</p> <ul style="list-style-type: none"> -psicologo - educatore sociopedagogico - professionista appartenente alla categoria delle professioni sanitarie della riabilitazione da definire in base ai bisogni dell'utenza. <p>In linea generale la gestione del trattamento farmacologico è garantita dal servizio territoriale delle dipendenze. Pertanto, solo in caso di gestione del trattamento farmacologico nell'orario di frequenza del servizio semiresidenziale, è necessaria la presenza dell'infermiere per rispondere ai bisogni degli utenti, in particolare per garantire la somministrazione alle persone per le quali il medico, del servizio territoriale delle dipendenze, non ha dichiarato (almeno ogni 6 mesi o al cambio delle condizioni) l'affidabilità nell'assunzione autonoma del farmaco.</p> <p>Devono essere garantiti:</p> <p>a) 50 minuti giorno/ospite di personale qualificato di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 10 minuti devono essere garantiti da figure dell'area sanitaria (ad es. psicologo e/o infermiere e/o professionista sanitario della riabilitazione); - per i restanti 40 minuti possono essere conteggiati gli eventuali minuti eccedenti erogati dalle figure dell'area sanitaria e quelli erogati da educatore sociopedagogico, assistente sociale, OSS, psicologo, sociologo, mediatore linguistico culturale. <p>b) 25 minuti giorno /ospite di personale di supporto.</p> <p><i>Copresenza:</i></p> <p>È necessario garantire la copresenza di due operatori qualificati oppure uno qualificato e uno di supporto oppure due operatori di supporto per tutto l'orario di apertura.</p> |
|--|--|

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

| | |
|--|--|
| AC. .1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto | <p>Adozione del programma annuale entro il primo trimestre di ciascun anno solare, definendo gli obiettivi e le attività nell'ambito delle specifiche aree di intervento. Per le nuove unità d'offerta il programma viene adottato entro novanta giorni dalla data di accreditamento. Il programma annuale tiene conto delle diverse tipologie di utenti, delle risorse umane disponibili e del loro utilizzo, dell'apporto del volontariato, del grado rilevato di soddisfazione degli utenti, delle osservazioni degli organi di vigilanza. La programmazione si attua almeno nei seguenti ambiti, dove applicabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - educativo, di animazione, di socializzazione; - coinvolgimento del territorio (associazioni, parrocchie, scuole, servizi di inserimento lavorativo, altri servizi territoriali, gruppi di auto mutuo aiuto); - educazione alla salute e promozione del benessere; - sostegno delle famiglie; - miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure. <p>Il soggetto gestore adotta un sistema per la valutazione degli obiettivi, delle attività e dei risultati del programma annuale, che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione di strumenti, indicatori, modalità e tempi per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi annuali in relazione alle attività pianificate con procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione di qualità dei servizi erogati (es. audit, questionari di soddisfazione) che includano la definizione di standard e dei relativi indicatori di valutazione; - la valutazione della performance della struttura considerando gli esiti dei programmi terapeutici riabilitativi personalizzati - la predisposizione di una relazione annuale che espliciti i risultati conseguiti a seguito degli obiettivi e delle attività proposte, le eventuali criticità rilevate e le azioni migliorative previste per l'anno successivo, dando evidenza del coinvolgimento del personale nelle attività di valutazione; - la diffusione dei risultati agli interessati. |
| AC. 1.2 Adozione del modello organizzativo e del codice etico ai sensi del decreto legislativo 231/2001 | <p>Il soggetto gestore di unità d'offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a ottocentomila euro annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo, è tenuto ad adeguarsi a quanto previsto dal decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, <i>Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300</i>, adottando il relativo modello organizzativo e il codice etico. Inoltre, ai sensi dell'articolo 6 del citato decreto legislativo, provvede alla nomina dell'organismo di vigilanza dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo. Il soggetto gestore rende pubblico il proprio codice etico utilizzando il sito web (se esistente) o altri idonei mezzi.</p> |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>Il soggetto gestore attesta annualmente, entro il 28 febbraio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dal legale rappresentante o dai procuratori speciali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adozione del codice etico comportamentale; - la nomina dell'organismo di vigilanza, con l'identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche; - l'avvenuta formazione e informazione al proprio personale sulla materia; - l'avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza. |
| AC. 1.3 Continuità assistenziale | <p>La continuità dell'assistenza viene garantita, oltre a quanto previsto a livello di esercizio, prevedendo la gestione di eventuali cambi del personale di riferimento.</p> <p>Per garantire la continuità assistenziale, Il gestore promuove attività di integrazione, anche per il tramite della ReDiDi, con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio, per garantire l'assistenza durante il percorso di riabilitazione ed eventuali trasferimenti interni/presso altre unità d'offerta sociosanitarie o sanitarie.</p> |
| AC. 1.4 Diniego accesso | <p>In caso di diniego all'accesso nell'unità d'offerta a causa di non idoneità del paziente è redatta motivata relazione informando i servizi invianti.</p> |
| AC. 1.5 Piano di formazione | <p>Viene definito e messo in atto un piano di formazione, per tutti gli operatori e volontari in un arco di tempo triennale che, al fine di favorire l'approccio all'integrazione sociosanitaria e interprofessionale, preveda il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura e la programmazione delle attività formative. Queste includono almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione e tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver anche rispetto alla gestione dei conflitti (anche per il personale che non concorre allo standard dell'UdO); • l'addestramento all'ascolto e al coinvolgimento proattivo dell'utente nelle attività/monitoraggio/modifiche/aggiornamento del PRTP/PI e PAI • condivisione sulle modalità messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio; • procedure e protocolli interni organizzativi e assistenziali, raccomandazioni ministeriali applicabili, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; • primo soccorso e gestione delle intossicazioni acute da sostanze psicoattive (compreso l'utilizzo di farmaci specifici); • utilizzo delle apparecchiature, laddove presenti; • gestione del rischio e degli eventi avversi; • principi di umanizzazione delle cure; • sviluppo di competenze specifiche per la presa in carico del minore con dipendenza patologica. <p>Il piano formativo deve prevedere inoltre tematiche specifiche in base alla tipologia di utenza presa in carico per ciascun modulo funzionale accreditato.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Il piano formativo deve prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rilevazione dei fabbisogni formativi effettuata con il coinvolgimento degli operatori; - la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione; - la condivisione delle conoscenze acquisite. <p>Devono essere previsti momenti formativi congiunti con i Servizi Ambulatoriali delle Dipendenze e i servizi che si occupano delle addiction</p> <p>La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere conoscibili i percorsi e i risultati.</p> <p>Per il personale che opera in libera professione, il soggetto gestore è tenuto ad acquisire la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento svolti in relazione all'attività prestata.</p> |
| AC. 1.6 Integrazione fra operatori e volontari/tirocinanti | Sono definite le modalità di integrazione tra le figure professionali, i volontari/servizio civile e i tirocinanti eventualmente presenti. |
| AC. 1.7 Responsabile Programma Terapeutico | È individuato un responsabile del PTRI/PI e del PAI di ogni ospite con qualifica coerente rispetto agli obiettivi. Il responsabile del PTRI/PI e del PAI è individuato sulla base della discussione dei casi in equipe multidisciplinari e sulla base della PAI. Lo stesso provvede anche alla verifica delle azioni da sottoporre all'equipe e ai servizi coinvolti nel caso |
| AC. 1.8 Gestione del personale | Il soggetto gestore adotta un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori. Definisce inoltre la programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale), i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale. Il personale in servizio deve essere identificabile mediante cartellino di riconoscimento o altra modalità adeguata alla tipologia di UdO, disponibile a richiesta anche se non esposto. |
| AC. 1.9 Coinvolgimento MAP | Sono definite e messe in atto modalità per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Libera Scelta. È garantito il collegamento con il MAP per l'assistenza medica generale, per problemi che si possono manifestare durante la presa in carico, nel rispetto della normativa sulla privacy |
| AC. 1.10 Valutazione qualità | Sono messe in atto modalità per l'adozione di innovazioni tecnico-professionali e organizzative emergenti con il coinvolgimento del personale e valutazione della loro efficacia Sono definite le modalità e gli strumenti di valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione degli utenti e caregiver. Sono attuate strategie di miglioramento degli stessi se necessario |
| AC. 1.11 Rischio clinico | Sono formalmente attribuite ad una figura sanitaria le funzioni relative alla gestione del rischio clinico. Al fine di garantire e migliorare la sicurezza è redatto un programma per la gestione del rischio clinico che comprenda almeno: - definizione di responsabilità; |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - l'individuazione delle situazioni clinico/assistenziali a rischio per la sicurezza degli utenti (es. suicidi o tentati suicidi, episodi di autolesionismo, utilizzo di sostanze/farmaci psicoattivi non prescritti, episodi di violenza a danno di utenti e operatori, riconciliazione farmacologica, ...), degli operatori e ambiente; - l'adozione e l'implementazione di strategie per la riduzione del rischio, con relativi piani di azione sui rischi specifici rilevanti per la UdO, prevedendo anche il coinvolgimento di utenti e familiari/caregiver; - relativi indicatori di monitoraggio e tempi di verifica; - comprendendo anche l'attuazione delle raccomandazioni ministeriali declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza - adozione di specifici programmi di formazione. <p>È implementato, secondo la normativa vigente e indicazioni regionale, un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la gestione del rischio clinico (quali evento/near miss, evento senza danno, evento avverso, evento sentinella) almeno per quanto riguarda le aggressioni ai danni di utenti e operatori, agiti auto lesivi, gestione di farmaci, rischio infettivo, utilizzo di sostanze/farmaci psicoattivi non prescritti, cadute.</p> |
| AC. 1.12 Prevenzione/sicurezza della persona | <p>È presente, formalizzato e messo in atto un programma di gestione del rischio ambientale che tenga in considerazione anche il rischio di uscita non controllata e il passaggio di materiale e sostanze al fine di ridurre il più possibile il rischio</p> <p>Sono presenti, formalizzati e messi in atto piani di azione per la risoluzione delle criticità individuali dei dati rilevati rispetto ad incidenti, infortuni e altri eventi, ai fini del miglioramento del programma di gestione e di riduzione dei rischi ambientali</p> |
| AC 1.13 Valutazione gradimento | <p>La rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza deve essere effettuata almeno annualmente, anche nei confronti dei famigliari/esercente la potestà genitoriale, rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite.</p> <p>Vengono svolte periodicamente, almeno annuale, attività di monitoraggio e valutazione del livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo del sistema di comunicazione interna alla struttura, anche per prevenire fenomeni di burn out. Tali attività sono svolte anche attraverso l'uso di strumenti come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supervisioni periodiche dell'equipe; la misurazione della soddisfazione; - raccogliere le segnalazioni/ i suggerimenti degli operatori; - facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità. I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale. <p>È favorita l'adesione del personale ai cambiamenti organizzativi molti al miglioramento del clima di lavoro.</p> <p>Il soggetto gestore, con la partecipazione del personale, garantisce:</p> |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi dei dati rilevati dalle valutazioni del grado di soddisfazione per il miglioramento della qualità dei servizi e la presa in considerazione delle criticità emerse; - la diffusione dei risultati delle indagini e delle misure di miglioramento (tramite occasioni pubbliche, la distribuzione di materiale informativo, la pubblicazione sul sito web aziendale o con altre modalità, alle parti interessate interne ed esterne (es: utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali)) <p>Viene garantita l'analisi dei dati rilevati e la presa in considerazione delle criticità emerse e la messa in atto di strategie di miglioramento, qualora necessarie</p> |
| AC. 1.14 Valutazione esiti prese in carico | Vengono svolte e documentate periodicamente analisi sui processi e sugli esiti delle prese in carico, anche raccordandosi con i servizi territoriali (es. ASST, ATS, Dipartimento delle Dipendenze, ReDIDI), con la finalità di migliorare l'intero processo di presa in carico e favorire lo sviluppo delle reti e il miglioramento del sistema |
| AC. 1.15 Gestione segnalazioni | <p>Sono previste modalità di gestione di reclami, elogi, osservazioni e suggerimenti</p> <p>I dati derivanti dall'analisi dei reclami e dalle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti sono utilizzati e diffusi ai fini del miglioramento della qualità dei processi</p> |
| AC. 1.16 disservizi | <p>Per la prevenzione e gestione dei disservizi sono garantite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la raccolta e la tracciabilità dei disservizi rilevati <input type="checkbox"/> la predisposizione di azioni e piani di miglioramento ed eventuale successivo monitoraggio <input type="checkbox"/> la diffusione/comunicazione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo. <p>È effettuata periodicamente un'analisi dei principali processi per individuare le fasi nelle quali si verificano disservizi (ad es. errori ritardi, incomprensioni fra operatore e utente) al fine della loro prevenzione.</p> |
| AC 1.17 Carta dei servizi | <p>si dotano di una carta dei servizi, datata, esposta, a disposizione del pubblico, pubblicata sul sito dell'unità d'offerta.</p> <p>I contenuti minimi della carta dei servizi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> descrizione dell'unità d'offerta <input type="checkbox"/> condizioni che danno diritto all'accesso <input type="checkbox"/> criteri di accoglienza <input type="checkbox"/> criteri di presa in carico e dimissioni dell'utente <input type="checkbox"/> definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni e delle attività previste <input type="checkbox"/> raggiungibilità dell'unità d'offerta con i mezzi di trasporto <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti e modalità atti a tutelare i diritti delle persone assistite |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> informazioni su strumenti, modalità e tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e caregiver (rispetto alla qualità dei servizi ed alle prestazioni usufruite), nonché per la rilevazione dei disservizi <input type="checkbox"/> definizione dei tempi di gestione segnalazioni e reclami <input type="checkbox"/> definizione delle indicazioni in caso di dimissioni/trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure <input type="checkbox"/> scheda di rilevazione di apprezzamenti/reclami allegata alla carta dei servizi <input type="checkbox"/> regole di vita comunitaria <p>Alla carta dei servizi sono allegati la scheda di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e la scheda per esprimere apprezzamenti o lamentele o per denunciare i disservizi.</p> |
| AC. 1.18 Comunicazione | <p>Il gestore assicura la definizione e l'utilizzo di strumenti per la comunicazione interna (bacheche, intranet, riunioni periodiche, fogli informativi), valutandone l'efficacia e qualora necessario individua strategie di miglioramento</p> <p>È adottata una modalità strutturata finalizzata all'informazione di utenti, familiari/caregiver anche attraverso l'uso di strumenti informativi sintetici</p> |
| AC. 1.19 Contabilità analitica | <p>Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali. Detto sistema, direttamente riferito alla singola unità d'offerta, consente di imputare i dati economici per centri di costo, con un livello di dettaglio almeno funzionale all'assolvimento del debito informativo regionale. Il sistema contabile dimostra il corretto rapporto tra le risorse impiegate e le prestazioni erogate e promuove sistemi di controllo di gestione e altri metodi di valutazione dei risultati.</p> |
| AC. 1.20 Procedure aggiuntive | <p>Il soggetto gestore adotta procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sorveglianza e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ivi compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali, ove clinicamente ritenute opportune; - l'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, prevedendo: <ul style="list-style-type: none"> *comunicazione agli utenti e/o familiari/caregiver; *valutazione dell'impatto sugli operatori; *comunicazione esterna; *gestione del contenzioso. * segnalazione agli enti competenti nelle modalità previste dalla normativa nazionale e dalle indicazioni regionali, quando abilitata per i sistemi informativi specifici * analisi degli incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza (quasi evento/near miss, evento senza danno, evento avverso, evento sentinella) attraverso metodologie disponibili in letteratura (es. Audit clinico, Route Cause Analysis - RCA, ecc.) volte all'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti e delle azioni di mitigazione del rischio. |

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

D) ATI DIRIGENZIALI

Giunta regionale

D.G. Enti locali, montagna, risorse energetiche, utilizzo risorsa idrica

D.d.u.o. 29 gennaio 2026 - n. 990
D.lgs.n.190 del 25 novembre 2024, d.lgs.n.387 del 29 dicembre 2003, d.p.r. n. 327 del 8 giugno 2001, r.r. n. 2 del 24 marzo 2006 - Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - sede legale Via Andrea Griotti nn. 21/25 - Bergamo) - Pratica BG D/550 - Concessione di derivazione con d.d.u.o. n. 252 del 15 gennaio 2021, regolato da disciplinare integrativo n. 3811 del 12 gennaio 2021. Autorizzazione Unica per la realizzazione dell'impianto idroelettrico denominato «Chiavica» ad acqua fluente sulla roggia Morlana in comune di Nembro, dichiarazione di pubblica utilità ed apposizione del vincolo preordinato all'esproprio

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO TERRITORIALE REGIONALE BERGAMO

Visti:

- il regio decreto 14 agosto 1920, n. 1285 «Regolamento per le derivazioni ed utilizzazioni di acque pubbliche» e ss.mm.ii.;
- il regio decreto 11 dicembre 1933, n. 1775 «Testo unico delle disposizioni di legge sulle acque ed impianti elettrici» e ss.mm.ii.;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi» e ss.mm.ii.;
- il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59» e ss.mm.ii., inerente alla fissazione di criteri, indirizzi e procedure per lo sfruttamento delle acque pubbliche;
- il decreto legislativo 16 marzo 1999, n. 79 «Attuazione della Direttiva 96/92/CE recante norme comuni per il mercato interno dell'energia elettrica», in particolare l'articolo 12;
- il decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 2001, n. 327 «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di espropriazione per pubblica utilità» e ss.mm.ii.;
- la legge regionale 12 dicembre 2003, n. 26 «Disciplina dei servizi locali di interesse economico generale. Norma in materia di gestione dei rifiuti, di energia, di utilizzo del sottosuolo e di risorse idriche» e ss.mm.ii., in particolare il Titolo V recante «Disciplina delle Risorse Idriche»;
- il decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 «Attuazione della Direttiva 2001/77/CE relativa alla promozione dell'energia elettrica prodotta da fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell'elettricità» e ss.mm.ii.;
- il decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 «Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137» e ss.mm.ii.;
- la legge regionale 11 marzo 2005, n. 12 «Legge per il governo del territorio» e ss.mm.ii.;
- il regolamento regionale 24 marzo 2006, n. 2 «Disciplina dell'uso delle acque superficiali e sotterranee, dell'utilizzo delle acque ad uso domestico, del risparmio idrico e del riutilizzo dell'acqua in attuazione dell'articolo 52, comma 1 lettera c) della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 26»;
- il decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 «Norme in materia ambientale» e ss.mm.ii.;
- le «Linee guida per l'autorizzazione degli impianti alimentati da fonti rinnovabili» di cui al decreto Ministeriale 10 settembre 2010 del Ministero dello Sviluppo Economico;
- la d.g.r. 22 dicembre 2011, n. IX/2727 «Criteri e procedure per l'esercizio delle funzioni amministrative in materia di beni paesaggistici in attuazione della legge regionale 11 marzo 2005, n. 12 - Contestuale revoca della d.g.r. n. 6990 del 31 luglio 2007»;
- la d.g.r. 31 maggio 2021, n. XI/4803 «Approvazione delle nuove linee guida regionali per l'autorizzazione degli impianti di produzione elettrica da Fonti Energetiche Rinnovabili (FER) a seguito degli aggiornamenti della normativa nazionale in materia»;
- decreto legislativo 25 novembre 2024, n. 190 «Disciplina dei regimi amministrativi per la produzione di energia da fonti rinnovabili, in attuazione dell'articolo 26, commi 4 e 5, lette-

ra b) e d), della legge 5 agosto 2022, n. 118»;

- la legge regionale 6 giugno 2025, n. 8 «Legge di semplificazione 2025» e ss.mm.ii.;

Premesso che:

- con d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014, regolato da disciplinare n. 3055 di repertorio del 20 giugno 2014, è stato accordato al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca il riconoscimento e il rinnovo della concessione di derivazione di acque superficiali dal fiume Serio nei comuni di Cene, Albino, Nembro, Villa di Serio, Pedrengo, Seriate, Scanzosciate (BG), lo sfruttamento delle acque reflue del depuratore di Bagnatica (BG) e lo sfruttamento idroelettrico del deflusso minimo vitale e delle acque del fiume Serio eccedenti i fabbisogni ad uso irriguo e promiscuo, in corrispondenza degli sbarramenti nei comuni di Albino, Villa di Serio, Gorle, Pedrengo e Seriate (BG);
- con d.d.u.o. n. 4916 del 15 giugno 2015, regolato da disciplinare integrativo n. 3169 di repertorio del 19 maggio 2015, è stato accordato al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca di utilizzare, per fini idroelettrici, industriali, scambio termico e altri usi, le acque delle rogge oggetto della concessione di derivazione di cui al d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014;
- con d.d.u.o. n. 6122 del 29 giugno 2016 sono stati approvati i prospetti degli utilizzi concessi al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca con d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014 e n. 4916 del 15 giugno 2015;
- con d.d.u.o. n. 3156 del 6 marzo 2018 è stato approvato, ai sensi dell'art. 21 del r.r. n. 2/2006 e dell'art. 12 del d.lgs. n. 387/2003, il progetto esecutivo di costruzione e messa in esercizio dell'impianto idroelettrico a rilascio istantaneo sul fiume Serio nel comune di Albino (BG). Con il medesimo provvedimento sono state altresì adeguate le caratteristiche di concessione del salto n. 21, identificato nella Tabella A del d.d.u.o. n. 6122 del 29 giugno 2016, e aggiornati i relativi parametri concessori complessivi;
- con d.d.u.o. n. 11667 del 2 agosto 2019 è stato approvato, ai sensi dell'art. 21 del r.r. n. 2/2006 e dell'art. 12 del d.lgs. n. 387/2003, il progetto esecutivo di costruzione e messa in esercizio dell'impianto idroelettrico «Morlana Vecchia» a rilascio istantaneo sul fiume Serio nel comune di Nembro (BG). Con tale provvedimento sono state inoltre adeguate le caratteristiche di concessione del salto n. 22, identificato nella Tabella A del d.d.u.o. n. 6122 e già presente nel d.d.u.o. n. 4916 del 15 giugno 2015, nonché aggiornati i parametri concessori complessivi risultanti dal d.d.u.o. n. 3156 del 6 marzo 2018;
- con d.d.u.o. n. 11801 del 7 agosto 2019 è stato autorizzato, ai sensi dell'art. 21 del r.r. n. 2/2006 e dell'art. 12 del d.lgs. n. 387/2003, il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca alla costruzione e all'esercizio dell'impianto idroelettrico Borgogna, in derivazione dal fiume Serio, da ubicarsi in comune di Nembro (BG), con le quali sono state adeguate le caratteristiche di concessione del salto n. 23 identificato nella Tabella A del d.d.u.o. n. 6122 del 29 giugno 2016 e presenti nei d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014 e n. 4916 del 15 giugno 2015, ed adeguati i parametri di concessione complessivi risultanti dal d.d.u.o. n. 11667 del 2 agosto 2019;
- con d.d.u.o. n. 13423 del 24 settembre 2019 è stata archiviata l'istanza del 21 marzo 2016 (Prof. n. AE02.2016.0001846) e dichiarata la perdita di efficacia del d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014 e del d.d.u.o. n. 4916 del 15 giugno 2015 per le sole parti relative all'utilizzo idroelettrico del D.M.V. e delle acque eccedenti i fabbisogni irrigui e promiscui in corrispondenza della traversa della Roggia Vecchia, oltre alla modifica del d.d.u.o. n. 6122 del 29 giugno 2016 nella parte relativa alla «Tabella A - Elenco Utilizzi Idroelettrici», disponendo lo stralcio del salto idraulico n. 25 in comune di Seriate (BG) e l'adeguamento dei parametri di concessioni complessivi di cui al d.d.u.o. n. 11801 del 7 agosto 2019;
- con d.d.u.o. n. 14497 del 9 ottobre 2019 sono stati adeguati i valori di concessione del d.d.u.o. n. 3156 del 6 marzo 2018 relativamente al salto nominale di concessione e alla portata massima e media dell'impianto idroelettrico di Albino, oltre ai parametri di concessione di utilizzo ai fini idroelettrici, nonché i parametri di concessione complessivi risultanti dal d.d.u.o. n. 11801 del 7 agosto 2019;
- con d.d.u.o. n. 252 del 15 gennaio 2021 è stato approvato l'esito della Conferenza di Servizi decisoria e variante alla Concessione di derivazione di acque superficiali dal fiume

me Serio nei comuni di Cene, Albino, Nembro, Villa di Serio, Pedrengo, Seriate, Scanzorosciate (BG), dello sfruttamento delle acque reflue del depuratore di Bagnatica (BG) e dello sfruttamento idroelettrico del deflusso minimo vitale e delle acque del fiume Serio eccedenti i fabbisogni ad uso irriguo e promiscuo, in corrispondenza degli sbarramenti nei comuni di Albino, Villa di Serio, Gorle, Pedrengo e Seriate di cui al d.d.u.o. n. 5414 del 23 giugno 2014;

Richiamati:

- Il decreto n. 17378 del 28 novembre 2019, adottato ai sensi del d.lgs. n. 152/2006 e della l.r. n. 5/2010, con il quale sono stati esclusi dalla procedura di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) i progetti presentati dal Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca con l'istanza del 15 dicembre 2016 (Prof. n. AE02.2016.0013698), relativi alla realizzazione di impianti idroelettrici lungo le rogge consortili, alimentati da portate già derivate dal fiume Serio;
- Il decreto n. 149 del 10 gennaio 2020, adottato ai sensi del d.lgs. n. 152/2006 e della l.r. n. 5/2010, con il quale sono stati esclusi dalla procedura di Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) i progetti presentati dal Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca con l'istanza del 19 giugno 2017 (Prof. n. AE02.2017.0009233), relativi alla realizzazione di impianti idroelettrici lungo le rogge consortili, alimentati da portate già derivate dal fiume Serio;

Premesso che al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca sono state concesse successive proroghe dei termini per la presentazione dei progetti esecutivi degli impianti idroelettrici, come da nota del 4 febbraio 2022 (Prof. Reg. AE02.2022.0001048), del 12 agosto 2022 (Prof. Reg. AE02.2022.0007663), del 31 gennaio 2023 (Prof. Reg. AE02.2023.0000876), del 15 novembre 2023 (Prof. Reg. AE02.2023.0009303) e, da ultimo, del 26 luglio 2024 (Prof. Reg. AE02.2024.0005828);

Vista l'istanza (Id Pratica FERA382992), presentata dal Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - Sede legale Via Andrea Gritti nn. 21/25 - Bergamo) sul portale regionale «PROCEDIMENTI» in data 8 gennaio 2025, con Prof. n. AE02.2025.0000080, integrata con nota del 9 gennaio 2025 (Prof. Reg. n. AE02.2025.0000126) intesa ad ottenere:

- l'Autorizzazione Unica a costruire e ad esercire l'impianto di produzione di energia elettrica, denominato «Impianto Chiavica» in comune di Nembro;
- la dichiarazione di pubblica utilità per tutti i lavori e gli impianti previsti nel progetto sopraccitato, con contestuale apposizione del vincolo preordinato all'esproprio, ai sensi dell'art. 10 del d.p.r. 8 giugno 2001, n. 327.

Vista la documentazione progettuale allegata all'istanza, sottoscritta dall'Ing. Giuliano Visinoni, in qualità di tecnico progettista della Società Tekn&Co s.r.l., e dal dott. Mario Lucio Gianfranco Reduzzi, Direttore Generale del Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca, costituita dagli elaborati elencati nella Tabella A dell'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Visti:

- i dati di concessione (d.d.u.o. n. 252 del 15 gennaio 2021 - Tabella A Elenco utilizzi idroelettrici) di seguito riportati in merito al salto idraulico di cui all'oggetto:
 - Roggia/Corso d'acqua MORLANA
 - Comune NEMBRO
 - Salto idraulico 30
 - Altezza Utile del salto 2,87 m
 - Portata media (moduli) 25,00
 - Portata massima (moduli) 45,00
 - Potenza nominale 70,34 kW
- i dati riportati nella Scheda Tecnica della pratica FERA382992, di seguito riportati:
 - Potenza elettrica (kW) 70,34
 - N. ore equivalenti di funzionamento annuo 6.969,66
 - Producibilità elettrica (MWh/a) 490,246
 - Tipologia impianto AD ACQUA FLUENTE
 - Connessione a rete di distribuzione elettrica BASSA TENSIONE
 - Potenza nominale media annua (kW) 70,34
 - Salto (m) 2,87
 - Portata media annua di concessione (l/s) 2.500

- Portata massima di concessione (l/s) 4.000

Dato atto che, con nota Prof. Reg. AE02.2025.0000299 del 15 gennaio 2025:

- è stato formalmente avviato il procedimento istruttorio finalizzato al rilascio dell'Autorizzazione Unica, con decorrenza dal 9 gennaio 2025;
- è stata indetta la Conferenza di Servizi Decisoria, in forma semplificata ed in modalità asincrona, per l'acquisizione dei pareri, intese, concerti, nulla osta, autorizzazioni, permessi o altri atti di assenso comunque denominati per la realizzazione delle opere proposte in progetto, fissando il termine del 29 gennaio 2025 per la richiesta di integrazioni documentali e quello del 11 aprile 2025 per la resa delle determinazioni conclusive;
- sono stati messi a disposizione dei soggetti e delle amministrazioni interessate i documenti progettuali presentati dal proponente ai fini dell'istruttoria del procedimento;

Dato atto che con la sopraccitata nota sono stati convocati ai lavori della Conferenza di Servizi i seguenti Enti e Soggetti interessati dai lavori in progetto:

- Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca;
- Regione Lombardia - D.G. Territorio e Sistemi verdi - Programmazione Territoriale e Paesistica - Pianificazione di Area Vasta e Autorizzazioni Paesaggistiche;
- Regione Lombardia - D.G. Enti Locali, Montagna, Risorse Energetiche. Utilizzo Risorsa idrica - Utilizzo Risorsa idrica;
- Comune di Nembro;
- Comunità Montana Valle Seriana;
- Provincia di Bergamo;
- Ministero della Cultura - Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Bergamo e Brescia;
- ARPA Lombardia - Dipartimento Bergamo;
- ARPA Lombardia - U.O.C. Dighe e Derivazioni;
- ATS Bergamo - Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria;
- E-Distribuzione s.p.a. - Distribuzione Territoriale Rete Lombardia;
- SNAM s.p.a. - Distretto Nord;
- Ministero delle Imprese e del Made in Italy - D.G. per i servizi territoriali - Div. V Ispettorato Territoriale della Lombardia - U.O. III Reti e Servizi di comunicazione elettronica nel settore telefonico;
- Comando Militare Esercito Lombardia - Ufficio Personale, Logistico e Servizi Militari;
- 3° Reparto Infrastrutture - Ufficio Demanio e Servizi Militari - Sezione Demanio;
- P.L.I.S. Naturalserio - Parco dei Colli di Bergamo (Ente Gestore);

e invitati i seguenti gestori di reti di sottoservizi:

- AP Rete Gas Nord Ovest (Edigas Esercizio Distribuzione Gas s.p.a.);
- Uniacque s.p.a.;
- Telecom Italia s.p.a.;
- FiberCop s.p.a.;
- Intred s.p.a.;
- Vodafone Italia s.p.a.;
- TIM s.p.a.;
- Open Fiber s.p.a.;

Dato atto che, con nota Prof. Reg. AE02.2025.0000980 del 6 febbraio 2025, l'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo ha:

- trasmesso le seguenti note di richiesta di integrazioni documentali e/o chiarimenti pervenute:
 - Intred s.p.a. - nota del 20 gennaio 2025 (Prof. Reg. AE02.2025.0000397), con la è stata comunicata la non interferenza dei lavori con le infrastrutture di propria competenza;
 - Ministero della Cultura - Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le province di Bergamo e Brescia - nota del 21 gennaio 2025 (Prof. Reg. AE02.2025.0000463), con la quale sono state richieste integrazioni in merito agli aspetti di competenza;

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

- FiberCop s.p.a. - nota del 23 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000531), con la quale è stata trasmessa la cartografia dei coordinamenti nella zona interessata dai lavori ed è stato comunicato il nulla-osta, unitamente alle indicazioni operative;
- AP Reti Gas Nord Ovest s.p.a. - nota del 27 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000627), con la quale è stata comunicata la non interferenza dei lavori con le infrastrutture di propria competenza;
- ARPA Lombardia - nota del 28 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000654), con la quale sono state richieste integrazioni in merito alle strumentazioni di misura;
- Comune di Nembro - nota del 28 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000689), con la quale è stato richiesto l'aggiornamento della relazione geologica e geotecnica;
- ARPA Lombardia - Dipartimento Bergamo - nota del 29 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000744);
- Provincia di Bergamo - nota del 30 gennaio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0000754), con la quale è stato trasmesso il contributo istruttorio;
- invitato il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca a:
 - adempiere agli obblighi previsti dall'art. 11 del d.p.r. n. 327/2001, provvedendo alla trasmissione dell'avviso di avvio del procedimento ai proprietari dei beni sui quali è richiesta l'apposizione del vincolo preordinato all'esproprio;
 - effettuare il versamento degli oneri istruttori relativi al rilascio dell'Autorizzazione Unica per le grandi derivazioni d'acqua;
 - trasmettere la dichiarazione di non interferenza con attività minerarie, ai sensi del d.lgs. 3 marzo 2011, n. 28, art. 12, comma 3, in sostituzione del nulla osta dell'Autorità Mineraria ai sensi del r. d. n. 1775/1933;
 - richiedere l'applicazione della l.r. n. 52/1982, per l'ottenimento dell'autorizzazione alla realizzazione della linea elettrica e delle relative opere connesse;
- sospeso i termini del procedimento di Autorizzazione Unica, ai sensi dell'art. 2, comma 7 della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii., in attesa della trasmissione della documentazione richiesta;

Preso atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0001794 del 7 marzo 2025, il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca ha richiesto una proroga dei termini per la presentazione della documentazione integrativa;

Dato atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0002307 del 26 marzo 2025, l'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo ha:

- concesso la proroga dei termini per la presentazione della documentazione integrativa;
- trasmesso le seguenti note pervenute:
 - Ministero delle Imprese e del Made in Italy - Ispettorato Territoriale della Lombardia - nota del 25 febbraio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0001497), con la quale è stata richiesta della documentazione da trasmettere prima dell'avvio dei lavori in merito agli aspetti di competenza;
 - Aeronautica Militare - Comando Squadra Aerea - 1a Regione Aerea - nota del 11 marzo 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0001844), con la quale è stato rilasciato il nulla osta relativamente ai soli aspetti demaniali di competenza;
- invitato il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca a presentare il Nulla osta rilasciato da ENAC relativo ad ostacoli/pericoli per la navigazione aerea o asseverazione di esclusione all'iter valutativo da parte di tecnico abilitato;

Preso atto che sono pervenuti inoltre i seguenti pareri:

- Comando Militare Esercito Lombardia - nota del 13 febbraio 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0001168), con la quale è stato espresso «nulla contro» ai fini militari;
- ATS Bergamo - nota del 10 aprile 2025 (Prot. Reg. AE02.2025.0002729), con la quale è stato comunicato che, per quanto di competenza, non si rilevano motivi ostativi al rilascio dell'Autorizzazione Unica;

Preso atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0003893 del 14 maggio 2025, il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca ha trasmesso parte delle integrazioni richieste, costituite dagli elaborati elencati nella Tabella B dell'Allegato

1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0004192 del 21 maggio 2025, l'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo ha comunicato il mantenimento della sospensione dei termini del procedimento fino a quando il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca non avrà adempiuto agli obblighi di cui all'art. 11 del d.p.r. n. 327/2001, provvedendo alla trasmissione dell'avviso di avvio del procedimento ai proprietari dei beni sui quali è richiesta l'apposizione del vincolo preordinato all'esproprio;

Dato atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0008924 del 10 ottobre 2025, l'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo ha:

- trasmesso ai soggetti e delle amministrazioni interessate le integrazioni documentali trasmesse dal Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca con nota Prot. Reg. AE02.2025.0003893 del 14 maggio 2025;
- fissato al 7 novembre 2025 il termine entro il quale i soggetti e le amministrazioni interessate sono chiamati a rendere le proprie determinazioni conclusiva;
- sollecitato il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca a trasmettere, entro il 7 novembre 2025, il Nulla osta rilasciato da ENAC relativo ad ostacoli/pericoli per la navigazione aerea o asseverazione di esclusione all'iter valutativo da parte di tecnico abilitato, già richiesto con nota del 26 marzo 2025;

Preso atto che, con nota Prot. Reg. AE02.2025.0009404 del 28 ottobre 2025, il Consorzio di Bonifica ha trasmesso ulteriore documentazione, elencata nella Tabella C dell'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto delle note pervenute dai vari Enti coinvolti, con le seguenti prescrizioni:

- nota del 5 novembre 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0009672 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Aria, Energia e Impianti termici:
 - Le opere dovranno essere costruite in conformità alle disposizioni di cui al regolamento di esecuzione della legge 28 giugno 1986, n. 339 approvato con d.m. in data 21 marzo 1988 ed alle normative vigenti secondo le modalità tecniche previste nel progetto allegato all'istanza di cui sopra e dovranno essere collaudate a termine di legge;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca viene ad assumere la piena responsabilità per quanto riguarda i diritti dei terzi in questione, sollevando la Provincia ed il Comune da qualsiasi pretesa o molestia da parte di terzi che si ritenessero danneggiati;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca resta obbligato ad eseguire durante la costruzione e l'esercizio degli impianti tutte quelle opere nuove o modifiche che, a norma di legge, venissero prescritte per la tutela dei pubblici e privati interessi entro i termini che saranno all'uopo stabiliti, con le comminatorie di legge in caso di inadempienza;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca è tenuto ad adottare sotto la propria responsabilità tutte le misure di sicurezza stabilite in materia dalle norme vigenti ed ha l'obbligo di effettuare la verifica prima della messa in tensione dell'impianto ai sensi dell'art. 9 della l.r. 52/82;
 - Di rammentare al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca e ad E-Distribuzione s.p.a. che sono tenuti, per i tratti di rispettiva competenza:
 - A comunicare ai sensi del d.lgs. n. 259/2003 e ss.mm.ii. art. 56 comma 4 del Ministero delle Imprese e del Made in Italy - Divisione V - Ispettorato territoriale (Casa del Made in Italy) della Lombardia - III U.O. Reti e servizi di comunicazione elettronica nel settore telefonico ed alla Provincia di Bergamo l'inizio e la fine dei lavori;
 - A comunicare alla Provincia di Bergamo e a Regione Lombardia (Ufficio Territoriale Regionale Bergamo) la data di messa in esercizio dell'impianto e trasmettere l'attestazione di conformità dell'impianto come realizzato al progetto autorizzato, sottoscritta da un tecnico qualificato;
 - Decorso almeno un anno dalla data di messa in esercizio della linea elettrica, a richiedere alla Provincia di Bergamo l'effettuazione del collaudo secondo quanto previsto dall'art. 10 della l.r. n. 52 del 16 agosto 1982 nei tempi previsti dall'art. 11 comma 3;
- nota del 30 gennaio 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0000754 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Rifiuti:

- È da privilegiare il recupero/riutilizzo del materiale da scavo rispetto al suo mantenimento in discarica;
- Relativamente ai rifiuti derivanti dall'attività di cantiere si ricorda che la loro gestione dovrà essere effettuata in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 152/2006 e ss.mm.ii.. In particolare:
 - Per il raggruppamento dei rifiuti, prima della raccolta, nel luogo dove sono stati prodotti, dovranno essere rispettate le condizioni indicate all'art. 185 bis (nonché all'art. 23 del d.p.r. n. 120/2017 per le terre e rocce da scavo qualificate come rifiuti);
 - Gli oneri dei produttori di rifiuti sono indicati all'art. 188;
 - Per il trasporto occorre fare riferimento all'art. 193;
 - Dovrà essere data priorità all'avvio a recuperare dei rifiuti rispetto allo smaltimento;

Per quanto riguarda la fase di cantiere:

- Dovrà essere evitato ogni danno o pericolo per la salute, l'incolumità, il benessere e la sicurezza della collettività dei singoli e degli addetti;
- Dovrà essere garantito il rispetto delle esigenze igienico-sanitarie ed evitato ogni rischio di inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo e del sottosuolo nonché ogni inconveniente derivante da rumori e polveri;
- Dovranno essere salvaguardare la fauna e la flora e dovrà essere evitato ogni degrado dell'ambiente e del paesaggio;
- La gestione dei rifiuti dovrà essere effettuata da personale edotto del rischio rappresentato dalla loro movimentazione, informato della pericolosità degli stessi e dotato di idonee protezioni;

- nota del 5 novembre 2025 Prof. Reg. AE02.2025.0009672 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Rifiuti:

- Al fine di comparare correttamente le risultanze analitiche rispetto alle Concentrazioni Soglia di Contaminazione (CSC), si rimanda al competente Comune di Nembro l'indicazione della destinazione d'uso del sito da applicare (Colonna A o Colonna B della Tabella 1, Allegato 5, Titolo V, Parte IV del d.lgs. n. 152/2006);

- nota del 27 ottobre 2025 Prof. Reg. AE02.2025.0009358 - Ministero della Cultura - Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le Province di Bergamo e Brescia:

- Si ritiene che, al fine di migliorarne le caratteristiche e l'inserimento nell'ambito sottoposto a tutela, debbano essere osservate le condizioni di seguito elencate: i rivestimenti lapidei dovranno essere realizzati con pietre poste a correre, fughe ristrette e malta arretrata, riducendo la percezione del cls; si valuti una copertura in ghiaietto in luogo di quella a verde;

- Si richiama al rispetto del disposto dell'art. 90 del d.lgs. n. 42/2004 che prevede la comunicazione immediata a questo Ufficio in caso di ritrovamenti archeologici in corso d'opera;

- nota del 7 novembre 2025 Prof. Reg. AE02.2025.0009754 - ARPA Lombardia - Direzione tecnica monitoraggio e prevenzione del rischio naturale - U.O. Dighe e Derivazioni;

- nota del 12 novembre 2025 Prof. Reg. AE02.2025.0009958 - Regione Lombardia - D.G. Territorio e Sistemi Verdi - Programmazione Territoriale e Paesistica - Pianificazione di Area Vasta e Autorizzazioni Paesaggistiche:

- Si esprime parere favorevole a condizione che venga rispettata la seguente prescrizione, finalizzata ad un migliore inserimento ambientale: in corrispondenza del nuovo muro a vista della vasca di carico, prevedere il prolungamento della scarpata esistente mediante riporti di terreno, possibilmente recuperati dagli scavi, al fine di limitare l'impatto visivo del muro;

Preso atto che:

- con comunicazione del 10 novembre 2025, il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca ha dato riscontro dell'avvenuta trasmissione dell'avviso di avvio del procedimento di apposizione del vincolo preordinato all'esproprio e di dichiarazione di pubblica utilità ai soggetti interessati individuati;
- i termini previsti dall'art. 11 del d.p.r. 8 giugno 2001, n. 327 e ss.mm.ii., pari a trenta giorni dal ricevimento della suddetta comunicazione, per presentare osservazioni da parte dei soggetti interessati, risultano scaduti;

- alcuni dei soggetti interessati hanno presentato osservazioni o hanno espresso formale assenso;

Preso atto che non risulta ancora pervenuto il Nulla osta rilasciato da ENAC relativo ad ostacoli/pericoli per la navigazione aerea;

Ritenuto che, nelle more del rilascio del sopraccitato Nulla osta, sia possibile procedere all'adozione dell'Autorizzazione Unica, al fine di non compromettere la prosecuzione del procedimento, subordinando tuttavia la realizzazione delle opere da eseguirsi al di sopra della quota di campagna, all'acquisizione del parere favorevole e al rispetto delle eventuali prescrizioni da parte di ENAC;

Acquisite e fatte proprie le prescrizioni espresse dagli Enti partecipanti al procedimento e contenute nei pareri sopraccitati, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Considerato che:

- Le opere afferenti agli impianti di produzione di energia da fonte rinnovabile sono di pubblica utilità, indifferibili ai sensi dell'art. 2, comma 2 del d.lgs. n. 190/2024 e come indicato nella d.g.r. 31 maggio 2021 n. XI/4803, punto 4.6;
- L'Autorizzazione Unica, conforme alla determinazione conclusiva assunta all'esito dei lavori della Conferenza di Servizi, sostituisce a tutti gli effetti ogni autorizzazione, nulla osta o atto di assenso comunque denominato di competenza delle Amministrazioni coinvolte nel procedimento, come chiarito dal punto 4.8 della d.g.r. 31 maggio 2021 n. XI/4803;

Considerato altresì che:

- Con il presente atto si dispone il vincolo preordinato all'esproprio e all'asservimento per le aree interessate unitamente all'indifferibilità e urgenza, ai sensi dell'art. 22 bis del d.p.r. n. 327/2001 e ss.mm.ii., relativamente ai seguenti mappali catastali:

| CATASTO | FOGLIO | MAPPALE | Occupazione permanente (mq) | Occupazione temporanea (mq) | Servizi di elettrodotto (m) |
|---------|--------|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Terreni | 9 | 14568 | 75,55 | 233,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 6046 | 102,14 | 0,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 6077 | 62,89 | 0,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 1169 | 0,00 | 0,00 | 4,90 |
| Terreni | 9 | 3663 | 0,00 | 550,00 | 29,80 |
| Terreni | 9 | 6045 | 0,00 | 620,00 | 8,40 |
| Terreni | 9 | 6077 | 0,00 | 250,00 | 2,10 |
| Terreni | 9 | 6080 | 0,00 | 0,00 | 4,70 |
| Terreni | 9 | 12214 | 0,00 | 0,00 | 20,70 |
| Terreni | 9 | 12703 | 0,00 | 0,00 | 2,50 |
| Terreni | 9 | 12704 | 0,00 | 0,00 | 2,20 |
| Terreni | 9 | 12710 | 0,00 | 0,00 | 18,70 |
| Terreni | 9 | 12712 | 0,00 | 0,00 | 2,00 |
| Terreni | 9 | 12873 | 0,00 | 0,00 | 5,30 |
| Terreni | 9 | 13148 | 0,00 | 0,00 | 6,70 |
| Terreni | 9 | 14616 | 0,00 | 0,00 | 11,50 |
| Terreni | 9 | 14618 | 0,00 | 0,00 | 2,00 |
| Terreni | 9 | 14619 | 0,00 | 0,00 | 19,50 |
| Terreni | 9 | 14569 | 0,00 | 317,00 | 0,00 |

- Le suddette aree sono descritte nell'elaborato «03 - Piano particellare e Visure catastali» e comportano l'occupazione permanente di una superficie complessiva pari a 240,58 mq, di cui 102,14 mq già di proprietà del Concessionario, l'occupazione temporanea di una superficie pari a 1.970,00 mq, di cui 620,00 mq di proprietà del Concessionario, nonché l'imposizione di una servitù di elettrodotto per uno sviluppo complessivo pari a 141,00 m.

Ritenuto quindi di poter adottare il provvedimento conclusivo del Procedimento Unico di Autorizzazione ai sensi della normativa transitoria del d.lgs. n. 190/2024, con applicazione della disciplina previgente (d.lgs. n. 387/2003), secondo gli esiti della Conferenza di Servizi, tenuto conto delle prescrizioni impartite in materia ambientale, nonché di tutte le prescrizioni pervenute nel corso del procedimento, e di approvare il progetto presentato dal Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca,

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

redatto dalla società Tekn&Co s.r.l., composto dagli elaborati elencati nella Tabella D dell'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Accertato che il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - Sede legale Via Andrea Gritti nn. 21/25 - Bergamo) è qualificato come Ente Pubblico e, pertanto, non soggetto al pagamento dell'imposta di bollo per il rilascio del presente Atto;

Visti, ai fini della competenza all'adozione del presente provvedimento:

- la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 «*Testo Unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale*»;
- i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura, in particolare il «*1° Provvedimento Organizzativo 2024*» approvato con d.g.r. n. 1825 del 29 gennaio 2024, con il quale sono state definite le competenze dell'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo e nominato dirigente Fabio Lombardi;

Tutto ciò premesso e considerato,

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa, da intendersi qui integralmente richiamate:

1. di adottare il presente provvedimento quale atto conclusivo del procedimento unico di autorizzazione ai sensi della normativa transitoria del d.lgs. n. 190/2024, con applicazione della disciplina previgente (d.lgs. n. 387/2003), secondo gli esiti della Conferenza di Servizi decisoria, in forma semplificata ed in modalità asincrona;

2. di approvare, ai sensi dell'art. 21 del regolamento regionale n. 2/2006 e della normativa transitoria del d.lgs. n. 190/2024, con applicazione della disciplina previgente (d.lgs. n. 387/2003), il progetto esecutivo «Roggia Morlana - Costruzione di un nuovo impianto idroelettrico ad acqua fluente nel Comune di Nembro - Impianto Chiavica - salto Serio», redatto dalla società Tekn&Co s.r.l., per il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (Concessionario), così come modificato nel corso del procedimento e composto dagli elaborati elencati in Tabella D dell'Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di autorizzare il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - Sede legale Via Andrea Gritti nn. 21/25 - Bergamo), in qualità di Concessionario, alla costruzione e all'esercizio dell'impianto idroelettrico in oggetto, caratterizzato da un'altezza utile del salto pari a 2,87 m, da una portata media di 25,00 moduli e da una portata massima di 40,00 moduli, nonché da una potenza nominale media annua di 70,34 kW, da realizzarsi in località Chiavica nel comune di Nembro (BG), con derivazione dal canale irriguo della Roggia Morlana e con restituzione in corrispondenza del termine del tratto tombato della medesima roggia;

4. di stabilire che l'esercizio dell'impianto rimane subordinato agli adempimenti previsti dall'art. 21 comma 9 del r.r. n. 2/2006, consistenti nel collaudo delle opere da parte dell'Autorità Concedente, il cui onere sarà a carico del Concessionario;

5. di vincolare il Concessionario, relativamente all'impatto acustico generato dall'impianto idroelettrico in fase di esercizio, ad effettuare un'indagine fonometrica finalizzata alla verifica del rispetto dei limiti di emissione previsti dalla normativa vigente in materia di inquinamento acustico. Gli esiti dell'indagine fonometrica dovranno essere trasmessi agli enti competenti entro e non oltre 60 (sessanta) giorni dalla data di avvio dell'esercizio dell'impianto. Qualora dalle verifiche emergessero superamenti dei limiti di legge, il Concessionario dovrà adottare tempestivamente gli opportuni interventi di mitigazione acustica, dandone comunicazione agli enti.

6. di obbligare il Concessionario a provvedere all'accatastamento dell'impianto idroelettrico presso l'Agenzia dell'Entrate - Ufficio del Territorio territorialmente competente, mediante la procedura informatica DOCEFA, nel rispetto della normativa catastale vigente;

7. di vincolare il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca al rispetto delle disposizioni e delle direttive vigenti, per quanto non previsto dal presente atto, in materia ambientale, sicurezza dei luoghi di lavoro e tutela della salute dei lavoratori, antincendio, sicurezza pubblica, applicabili in relazione alle opere in progetto, oltre a tutte le prescrizioni impartite dai vari Enti nelle rispettive determinazioni e/o pareri acquisiti nel corso del procedimento istruttorio che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di cui si riportano le principali prescrizioni:

- nota del 25 febbraio 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0001497 - Ministero delle Imprese e del Made in Italy - Divisione V - Ispettorato territoriale (Casa del Made in Italy) della Lombardia:
 - Le Società proponenti dovranno inviare alla PEC dgst.div05@pec.mimit.gov.it di questo Ispettorato, prima dell'avvio dei lavori, la documentazione sottoelencata (si sottolinea che per le condutture di energia elettrica la documentazione dovrà riguardare tutte le linee oggetto dell'impianto, dalla produzione di energia elettrica derivante da fonte rinnovabile sino al punto di consegna e ancora dal punto di consegna sino alla connessione e immissione alla RTN):
 - Dichiarazione asseverata da un professionista abilitato, da cui risulti l'assenza o la presenza di interferenze con le reti di comunicazione elettronica;
 - Dettagliata relazione ed elaborati progettuali a firma del professionista abilitato, che attestino la conformità degli impianti;
 - Atto di sottomissione in bollo da € 16,00 registrato presso il competente Ufficio del Registro dell'Agenzia delle Entrate; qualora la Società abbia già prodotto atto di sottomissione per altro progetto, è sufficiente allegare una fotocopia dello stesso;
 - Il nominativo del responsabile delle attività e relativi recapiti (numero di telefono e indirizzo email);
- nota del 5 novembre 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0009672 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Aria, Energia e Impianti termici:
 - Le opere dovranno essere costruite in conformità alle disposizioni di cui al regolamento di esecuzione della legge 28 giugno 1986, n. 339 approvato con d.m. in data 21 marzo 1988 ed alle normative vigenti secondo le modalità tecniche previste nel progetto allegato all'istanza di cui sopra e dovranno essere collaudate a termine di legge;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca viene ad assumere la piena responsabilità per quanto riguarda i diritti dei terzi in questione, sollevando la Provincia ed il Comune da qualsiasi pretesa o molestia da parte di terzi che si ritenessero danneggiati;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca resta obbligato ad eseguire durante la costruzione e l'esercizio degli impianti tutte quelle opere nuove o modifiche che, a norma di legge, venissero prescritte per la tutela dei pubblici e privati interessi entro i termini che saranno all'uopo stabiliti, con le comminatorie di legge in caso di inadempienza;
 - Il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca è tenuto ad adottare sotto la propria responsabilità tutte le misure di sicurezza stabilite in materia dalle norme vigenti ed ha l'obbligo di effettuare la verifica prima della messa in tensione dell'impianto ai sensi dell'art. 9 della l.r. 52/82;
 - Di rammentare al Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca e ad E-distribuzione s.p.a. che sono tenuti, per i tratti di rispettiva competenza:
 - A comunicare ai sensi del d.lgs. n. 259/2003 e ss.mm.ii. art. 56 comma 4 al Ministero delle Imprese e del Made in Italy - Divisione V - Ispettorato territoriale (Casa del Made in Italy) della Lombardia - III U.O. Reti e servizi di comunicazione elettronica nel settore telefonico ed alla Provincia di Bergamo l'inizio e la fine dei lavori;
 - A comunicare alla Provincia di Bergamo e a Regione Lombardia (Ufficio Territoriale Regionale Bergamo) la data di messa in esercizio dell'impianto e trasmettere l'attestazione di conformità dell'impianto come realizzato al progetto autorizzato, sottoscritta da un tecnico qualificato;
 - Decorso almeno un anno dalla data di messa in esercizio della linea elettrica, a richiedere alla Provincia di Bergamo l'effettuazione del collaudo secondo quanto previsto dall'art. 10 della l.r. n. 52 del 16 agosto 1982 nei tempi previsti dall'art. 11 comma 3;
- nota del 30 gennaio 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0000754 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Rifiuti:
 - È da privilegiare il recupero/riutilizzo del materiale da scavo rispetto al suo mantenimento in discarica;
 - Relativamente ai rifiuti derivanti dall'attività di cantiere si ricorda che la loro gestione dovrà essere effettuata

in conformità a quanto previsto dal d.lgs. n. 152/2006 e ss.mm.ii.. In particolare:

- Per il raggruppamento dei rifiuti, prima della raccolta, nel luogo dove sono stati prodotti, dovranno essere rispettate le condizioni indicate all'art. 185 bis (nonché all'art. 23 del d.p.r. n. 120/2017 per le terre e rocce da scavo qualificate come rifiuti);
- Gli oneri dei produttori di rifiuti sono indicati all'art. 188;
- Per il trasporto occorre fare riferimento all'art. 193;
- Dovrà essere data priorità all'avvio a recuperare dei rifiuti rispetto allo smaltimento;

Per quanto riguarda la fase di cantiere:

- Dovrà essere evitato ogni danno o pericolo per la salute, l'incolumità, il benessere e la sicurezza della collettività dei singoli e degli addetti;
- Dovrà essere garantito il rispetto delle esigenze igienico-sanitarie ed evitato ogni rischio di inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo e del sottosuolo nonché ogni inconveniente derivante da rumori e polveri;
- Dovranno essere salvaguardare la fauna e la flora e dovrà essere evitato ogni degrado dell'ambiente e del paesaggio;
- La gestione dei rifiuti dovrà essere effettuata da personale edotto del rischio rappresentato dalla loro movimentazione, informato della pericolosità degli stessi e dotato di idonee protezioni;

- nota del 5 novembre 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0009672 - Provincia di Bergamo - Settore Ambiente - Servizio Rifiuti:

- Al fine di comparare correttamente le risultanze analitiche rispetto alle Concentrazioni Soglia di Contaminazione (CSC), si rimanda al competente Comune di Nembro l'indicazione della destinazione d'uso del sito da applicare (Colonna A o Colonna B della Tabella 1, Allegato 5, Titolo V, Parte IV del d.lgs. n. 152/2006);

- nota del 27 ottobre 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0009358 - Ministero della Cultura - Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio per le Province di Bergamo e Brescia:

- Si ritiene che, al fine di migliorarne le caratteristiche e l'inserimento nell'ambito sottoposto a tutela, debbano essere osservate le condizioni di seguito elencate: i rivestimenti lapidei dovranno essere realizzati con pietre poste a corere, fughe ristrette e malta arretrata, riducendo la percezione del cls; si valuti una copertura in ghiaietto in luogo di quella a verde;

- Si richiama al rispetto del disposto dell'art. 90 del d.lgs. n. 42/2004 che prevede la comunicazione immediata a questo Ufficio in caso di ritrovamenti archeologici in corso d'opera;

- nota del 12 novembre 2025 Prot. Reg. AE02.2025.0009958 - Regione Lombardia - D.G. Territorio e Sistemi Verdi - Programmazione Territoriale e Paesistica - Pianificazione di Area Vasta e Autorizzazioni Paesaggistiche:

- Si esprime parere favorevole a condizione che venga rispettata la seguente prescrizione, finalizzata ad un migliore inserimento ambientale: in corrispondenza del nuovo muro a vista della vasca di carico, prevedere il prolungamento della scarpata esistente mediante riporti di terreno, possibilmente recuperati dagli scavi, al fine di limitare l'impatto visivo del muro;

8. di subordinare l'inizio lavori delle opere da eseguirsi al di sopra della quota di campagna, all'acquisizione del Nulla Osta con relative prescrizioni rilasciato da ENAC, relativo ad ostacoli/pericoli per la navigazione aerea, che dovrà essere trasmesso tempestivamente all'Autorità concedente;

9. di stabilire che il presente provvedimento autorizza il Concessionario, ai sensi dell'art. 7 della l.r. 16 agosto 1982, n. 52, alla costruzione e all'esercizio delle opere e infrastrutture funzionali all'immissione nella rete elettrica del Distributore dell'energia prodotta dall'impianto (elettrorodotto);

10. di stabilire che, qualora, in relazione alle lavorazioni svolte o ai quantitativi di materiali presenti, come l'eventuale presenza macchine elettriche fisse con liquidi isolanti combustibili in quantitativi superiori a 1 m³, l'attività ricada nel campo di applicazione del d.p.r. n. 151/2011, dovranno essere avviati i procedimenti di cui agli articoli 3 e 4 del medesimo decreto;

11. di dare atto che le opere in progetto sono di pubblica utilità, indifferibili e urgenti, secondo quanto disposto dall'art. 2 comma 2 del d.lgs. n. 190/2024;

12. di stabilire, a pena di decadenza della presente autorizzazione, che, ai sensi dell'art. 15 comma 2 del d.p.r. 6 giugno 2001, n. 380 e ss.mm.ii., per gli interventi realizzati in forza di un titolo abilitativo rilasciato ai sensi della normativa in materia di FER, il termine per l'inizio lavori è fissato in 3 (tre) anni dal rilascio del titolo, mentre il termine per l'ultimazione degli stessi non può superare i 3 (tre) anni dall'inizio dei lavori. Decorsi tali termini, il permesso decade di diritto per la parte non eseguita, salvo che, anteriormente alla scadenza, venga richiesta una proroga. La proroga può essere accordata, con provvedimento motivato, per fatti sopravvenuti, estranei alla volontà del titolare del permesso, oppure in considerazione della mole dell'opera da realizzare, delle sue particolari caratteristiche tecnico-costruttive, o di difficoltà tecnico-esecutive emerse successivamente all'inizio lavori. La proroga dei termini per l'inizio e l'ultimazione dei lavori è comunque accordata qualora i lavori non possano essere iniziati o conclusi per iniziative dell'amministrazione o dell'autorità giudiziaria rivelatesi poi infondate, ai sensi dell'art. 15 comma 2-bis del d.p.r. 6 giugno 2001, n. 380;

13. di apporre, ai sensi dell'art. 10 del d.p.r. n. 327/2001 e ss.mm.ii. e della l.r. n. 03/2009 e ss.mm.ii., il vincolo preordinato all'esproprio e all'asservimento sulle aree interessate dall'intervento (impianto idroelettrico e elettrorodotto), con riferimento ai mappali catastali di seguito elencati:

| CATASTO | FOGLIO | MAPPALE | Occupazione permanente (mq) | Occupazione temporanea (mq) | Servitù di elettrorodotto (m) |
|---------|--------|---------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Terreni | 9 | 14568 | 75,55 | 233,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 6046 | 102,14 | 0,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 6077 | 62,89 | 0,00 | 0,00 |
| Terreni | 9 | 1169 | 0,00 | 0,00 | 4,90 |
| Terreni | 9 | 3663 | 0,00 | 550,00 | 29,80 |
| Terreni | 9 | 6045 | 0,00 | 620,00 | 8,40 |
| Terreni | 9 | 6077 | 0,00 | 250,00 | 2,10 |
| Terreni | 9 | 6080 | 0,00 | 0,00 | 4,70 |
| Terreni | 9 | 12214 | 0,00 | 0,00 | 20,70 |
| Terreni | 9 | 12703 | 0,00 | 0,00 | 2,50 |
| Terreni | 9 | 12704 | 0,00 | 0,00 | 2,20 |
| Terreni | 9 | 12710 | 0,00 | 0,00 | 18,70 |
| Terreni | 9 | 12712 | 0,00 | 0,00 | 2,00 |
| Terreni | 9 | 12873 | 0,00 | 0,00 | 5,30 |
| Terreni | 9 | 13148 | 0,00 | 0,00 | 6,70 |
| Terreni | 9 | 14616 | 0,00 | 0,00 | 11,50 |
| Terreni | 9 | 14618 | 0,00 | 0,00 | 2,00 |
| Terreni | 9 | 14619 | 0,00 | 0,00 | 19,50 |
| Terreni | 9 | 14569 | 0,00 | 317,00 | 0,00 |

Le suddette aree sono descritte nell'elaborato «03 - Piano particellare e Visure catastali» e comportano l'occupazione permanente di una superficie complessiva pari a 240,58 mq, di cui 102,14 mq già di proprietà del Concessionario, l'occupazione temporanea di una superficie pari a 1.970,00 mq, di cui 620,00 mq di proprietà del Concessionario, nonché l'imposizione di una servitù di elettrorodotto per uno sviluppo complessivo pari a 141,00 m.

14. di delegare, ai sensi dell'art. 6 comma 8 del d.p.r. n. 327/2001 e dell'art. 3 comma 2 della l.r. 4 marzo 2009, n. 3, il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca (C.F. 80017830169 - Sede legale Via Andrea Griffl n. 21/25 - Bergamo) all'esercizio dei poteri espropriativi preordinati all'immissione nel possesso di tutte le aree necessarie per la realizzazione e la messa in esercizio dell'impianto idroelettrico, nel rispetto delle seguenti condizioni:

- a) tutti gli atti del procedimento espropriativo dovranno essere notificati con le modalità di cui al comma 4 e seguenti dell'art. 20 del d.p.r. n. 327/2001, con l'avvertenza che, nel caso di determinazione urgente dell'indennità e di occupazione anticipata, il proprietario, nei trenta giorni successivi all'immissione in possesso, possa, nel caso non condivida l'indennità offerta, presentare osservazioni scritte e depositare documenti secondo quanto previsto dall'art. 22 bis del d.p.r. n. 327/2001;

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

- b) il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca, nell'esercizio delle funzioni delegate ed in ogni atto del procedimento espropriativo, dovrà fare esplicito riferimento agli estremi del presente decreto, così come previsto dall'art. 6 comma 8 del d.p.r. n. 327/2001 e ss.mm.ii.;
- c) il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca, in qualità di Ente delegato, dovrà trasmettere tempestivamente all'Ufficio Territoriale Regionale Bergamo tutti gli atti adottati nell'esercizio delle funzioni delegate di autorità espropriante, così come previsto dall'art. 5 comma 2 della l.r. 4 marzo 2009, n.3;
- d) il Consorzio di Bonifica della Media Pianura Bergamasca dovrà provvedere, a sua cura e spese, alla pubblicazione degli atti emanati in virtù della suddetta delega sul Bollettino Ufficiale e sul sito informatico della Regione, con le modalità di cui all'art. 4, comma 2, lettera d) della stessa l.r. 4 marzo 2009, n. 3;
- e) resta fatta salva per la Regione, così come previsto dall'art. 5 comma 3 della l.r. 4 marzo 2009, n. 3, la possibilità di revocare questa delega in ogni momento, fermo restando la validità e l'efficacia degli atti emanati e delle fasi procedurali già concluse, purché conformi alle disposizioni vigenti;
15. di stabilire che, in caso di dismissione dell'impianto idroelettrico, il Concessionario è obbligato a rispettare integralmente quanto previsto dalle disposizioni del r.r. n. 2/2006 e del T.U. 1775/1933;
16. di stabilire che il Concessionario risponde esclusivamente in proprio, tenendo sollevata ed indenne l'Amministrazione cedente, oltre a tutte le Pubbliche Amministrazioni cointeressate, da qualunque danno o pregiudizio possa derivare a terzi o a cose a seguito del presente atto;
17. di dare atto che:
- il Concessionario resta vincolato alle prescrizioni, condizioni e obblighi contenuti nei diversi provvedimenti di concessione sopraccitati e dei rispettivi disciplinari;
 - la presente autorizzazione unica costituisce, laddove necessario, variante allo strumento urbanistico, ai sensi dell'art. 9 comma 10 lett. c) del d.lgs. n. 190/2024;
18. di dare atto che ulteriori interventi di modifica, potenziamento, rifacimento totale o parziale, riattivazione o manutenzione come definiti dalla normativa vigente, dovranno essere preventivamente autorizzati dall'Autorità concedente ai sensi del regolamento regionale n. 2/2006;
19. di obbligare il Concessionario a comunicare tempestivamente all'Autorità Concedente la data di inizio lavori ed il cronoprogramma aggiornato dei lavori, unitamente ai nominativi della Direzione Lavori e delle Ditte esecutrici, nonché di notificare la fine lavori entro 30 giorni dalla loro conclusione;
20. di dare atto che, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii. e della l.r. n. 1/2012 e ss.mm.ii., con il presente atto si conclude il procedimento amministrativo di competenza;
21. di dare atto che il rilascio della presente autorizzazione è avvenuto oltre i termini stabiliti dalla normativa vigente, in ragione della necessità di effettuare ulteriori approfondimenti istruttori nonché di acquisire integrazioni documentali presentate dal proponente nel corso del procedimento;
22. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. 33/2013.
23. di stabilire che il presente provvedimento sostituisce a tutti gli effetti ogni autorizzazione, nulla osta o atto di assenso comunque denominato di competenza delle Amministrazioni coinvolte nel Procedimento, come indicato al punto 4.8 della d.g.r. n. XI/4803 del 31 maggio 2021;
24. di trasmettere via posta elettronica certificata il presente provvedimento al Concessionario e a tutti gli Enti coinvolti;
25. di pubblicare il presente provvedimento, ad esclusione degli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;
26. di dare atto che avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso avanti il Tribunale Superiore delle Acque Pubbliche entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica al Concessionario di cui al punto 25.

Il dirigente
Fabio Lombardi

D.G. Istruzione, formazione, lavoro

D.d.u.o. 30 gennaio 2026 - n. 1122

Disposizioni sui percorsi di formazione professionalizzanti extra DDIF

LA DIRIGENTE DELLA U.O.
ACCREDITAMENTI REGOLE E CONTROLLI

Viste:

- la legge regionale n.19/07 «Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia» e in particolare l'art. 22 comma 1 e s.m.i.;
- la legge regionale n. 22/06 «Il mercato del lavoro in Lombardia» e s.m.i.;
- la legge regionale 5 ottobre 2015, n. 30 «Qualità, innovazione ed internazionalizzazione nei sistemi di istruzione, formazione e lavoro in Lombardia. Modifiche alle ll.rr. 19/2007 sul sistema di istruzione e formazione e 22/2006 sul mercato del lavoro»;

Richiamate:

- la delibera di Giunta n. 6696 del 18 luglio 2022 «Procedure e requisiti per l'accreditamento degli operatori pubblici e privati per erogazione dei servizi di istruzione e formazione professionale nonché dei servizi per il lavoro - revoca delle d.g.r.: - n. IX/2412 del 26 ottobre 2011, n. XI/2861 del 18 febbraio 2020 e n. XI/5030 del 12 luglio 2021»;
- la delibera di Giunta n. 6380 del 16 maggio 2022 «Indicazioni per la realizzazione dei percorsi dell'offerta formativa regionale e dei servizi al lavoro a valere dal 1° settembre 2022»;
- la delibera di Giunta n. 342 del 22 maggio 2023 «Linee guida per l'accesso ai percorsi di formazione abilitanti e regionali regolamentati di allievi con titoli di studio acquisiti all'estero»;

Visti i provvedimenti attuativi del sistema di accreditamento e in particolare il decreto n. 15225 del 25 ottobre 2022 «Approvazione dei requisiti e delle modalità operative per la richiesta di iscrizione all'albo regionale degli accreditati per i Servizi di Istruzione e Formazione Professionale - Sezione B in attuazione della d.g.r.n. XI/6696 del 18 luglio 2022»;

Dato atto che i soggetti accreditati:

- svolgono funzioni di rilevante interesse pubblico, concorrendo all'attuazione delle politiche regionali in materia di istruzione, formazione e occupazione;
- trattano, in modo continuativo e strutturato, dati personali riferiti a cittadini destinatari di misure pubbliche, spesso appartenenti a categorie meritevoli di particolare tutela, quali minori, persone con disabilità, soggetti in condizioni di fragilità sociale o beneficiari di misure restrittive o alternative alla detenzione;
- si attengono pertanto, nello svolgimento delle loro attività, a tutti i requisiti previsti in materia di sicurezza e riservatezza sul trattamento dei dati;
- si attengono altresì, nello svolgimento delle loro attività, al rispetto di tutte le norme relative alla produzione di atti e registri pubblici, con particolare riferimento alla produzione degli attestati finali dei corsi, alla corretta e regolare tenuta del registro elettronico delle presenze (GRS), delle schede dei tirocini e dei registri FAD, nonché alla corretta e regolare tenuta della contabilità dei corsi;

Visto il d.d.u.o. n. 12453 del 20 dicembre 2012 «Approvazione delle indicazioni regionali per l'offerta formativa relativa a percorsi professionalizzanti di formazione continua, permanente, di specializzazione, abilitante e regolamentata»;

Richiamato il d.d.u.o. n. 11809 del 23 dicembre 2015 «Nuovo repertorio regionale delle qualificazioni professionali denominato «Quadro regionale degli standard professionali», in coerenza con il repertorio nazionale e con il sistema nazionale di certificazione delle competenze che rappresenta il riferimento comune per tutti gli operatori del sistema lombardo per quanto attiene la progettazione e la certificazione delle competenze di tutti i percorsi formativi extra DDIF di Specializzazione e Formazione continua e permanente»;

Considerato che ogni percorso regolamentato e ogni figura abilitante inseriti nell'offerta formativa regionale nel canale di formazione professionalizzante extra DDIF fa riferimento relativamente allo standard professionale e formativo a uno specifico provvedimento nazionale e regionale;

Visto il decreto del Direttore generale n. 15537 del 31 ottobre 2025 «Approvazione della disciplina per la rilevazione delle presenze e la registrazione delle attività nella filiera formativa per

l'a.f. 2025/2026 e completa sostituzione dei d.d.g. n. 11095 del 1° agosto 2025 e n. 12493 del 4 settembre 2023»;

Considerato che mediante l'adozione e l'utilizzo di un sistema di registrazione informatizzata delle presenze sia le attività amministrative che quelle di rendicontazione e controllo risultano meno onerose sia per i soggetti attuatori che per l'Amministrazione regionale;

Verificato che le funzioni del sistema Gestione Registro Sezione - GRS consentono di tracciare l'accesso e di registrare tutte le informazioni utili a monitorare l'attività didattica;

Atteso che a seguito di controlli effettuati dalla Direzione generale Istruzione Formazione Lavoro sulla gestione di percorsi professionalizzanti extra DDIF, e in particolare sui percorsi abilitanti e regolamentati sono state riscontrate diverse non conformità rispetto alla regolamentazione regionale, che hanno comportato l'adozione di provvedimenti sanzionatori in ordine all'accREDITAMENTO;

Valutata la necessità di fornire alcune disposizioni per gli enti di formazione accreditati in relazione alle normative nazionali e regionali vigenti per una corretta erogazione dei percorsi professionalizzanti extra DDIF, e in particolare, sui percorsi abilitanti e regolamentati ivi comprese le procedure per l'espletamento degli esami finali e il controllo dei titoli di accesso ai percorsi di formazione;

Evidenziato che tali disposizioni:

- richiamano per lo più disposizioni già inserite in altri provvedimenti regionali e hanno l'obiettivo di raggrupparle in un unico provvedimento per semplificare procedure e processi in capo agli enti di formazione;
 - sono indipendenti dalle modalità di finanziamento delle attività formative;
 - non comprendono modalità di assegnazione di doti o di finanziamento, né aspetti finanziari, che potranno essere definiti in altri documenti relativi alle specifiche politiche e fonti di finanziamento;

Dato atto che tali disposizioni sono coerenti con le finalità e i principi delle richiamate leggi regionali nonché con i contenuti degli atti di programmazione regionale;

Ritenuto, conseguentemente, necessario approvare l'allegato A «Disposizioni sui percorsi di formazione professionalizzanti extra DDIF» per l'avvio e la realizzazione delle attività formative dei Soggetti Accreditati al Sistema di Istruzione e Formazione Professionale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Vista la legge regionale del 7 luglio 2008 n. 20 «Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale», nonché i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura;

DECRETA

1. di approvare il documento «Disposizioni sui percorsi di formazione professionalizzanti extra DDIF» di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di stabilire che i percorsi formativi di cui al punto 1) siano realizzati esclusivamente dagli operatori accreditati per i servizi di Istruzione e Formazione di Regione Lombardia nel territorio lombardo e secondo definiti standard regionali di erogazione;

3. di stabilire che gli enti accreditati utilizzano il sistema Gestione Registro Sezione - GRS - quale strumento esclusivo per tracciare e registrare tutte le informazioni relative alle attività didattiche e sono responsabili nei confronti della Regione Lombardia e degli allievi della corretta e regolare tenuta del registro elettronico delle presenze (GRS);

4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia, sul sito ufficiale di Regione Lombardia e su Cruscoffo Lavoro 2.

5. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs 33/2013.

La dirigente
Rosa Castriotta

ALLEGATO A

DISPOSIZIONI SU PERCORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALIZZANTI EXTRA DDIF

A seguito di controlli effettuati dalla Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro sulla gestione di percorsi professionalizzanti extra DDIF, sono state riscontrate diverse non conformità rispetto alla regolamentazione regionale, che hanno comportato l'adozione di provvedimenti sanzionatori in ordine all'accreditamento.

Si forniscono di seguito alcune disposizioni per gli enti di formazione accreditati in relazione alle normative nazionali e regionali vigenti per una corretta erogazione dei percorsi, ivi compreso l'espletamento degli esami finali.

PERCORSI AUTOFINANZIATI

I percorsi professionalizzanti di formazione continua, permanente e specializzazione devono tassativamente essere progettati e realizzati facendo riferimento ai profili ed alle competenze previsti nel Quadro Regionale Standard Professionali (QRSP).

Il titolo del corso deve richiamare il profilo o la competenza selezionata; non sono ammissibili, pertanto, denominazioni di titoli che nulla hanno a che fare con il profilo o la competenza selezionata o che sono espressi con codici.

E' possibile progettare percorsi formativi che utilizzano competenze all'interno del QRSP sia pure 'pescate' da profili diversi, ma anche in questo caso, il percorso formativo 'aggregato' non può avere una denominazione diversa dai profili espressamente inseriti nel QRSP.

Conseguentemente per non generare aspettative all'utenza e confusione nel sistema degli accreditati, non è possibile progettare e realizzare un percorso formativo che faccia riferimento, nella denominazione, a professionalità richieste dal mercato del lavoro ma non presenti nel Quadro Regionale degli Standard Professionali (ad esempio percorsi per onicotecnico, assistente all'infanzia, operatore termale, amministratori di condominio ecc.).

Si sottolinea che i percorsi che si concludono con il rilascio di attestati regionali di competenza devono prevedere una o più prove finali, finalizzate all'accertamento della/e competenza/e definita/e in sede di progettazione.

E' possibile rilasciare l'attestato di competenza se, e solo se, tutte le abilità e le conoscenze afferenti la singola competenza siano state acquisite dall'allievo in sede di verifica.

Qualora in sede di progettazione si prevede lo sviluppo di sole abilità e conoscenze, i percorsi possono concludersi con il rilascio di attestati di partecipazione con abilità e conoscenze. Tale attestato può costituire credito formativo per l'inserimento in futuri percorsi regionali di formazione continua, permanente o specializzazione finalizzati al conseguimento di un'intera competenza.

Salvo quanto regolamentato nei singoli percorsi normati o negli specifici avvisi, accedono all'esame solo i discenti che hanno maturato almeno il 75% di presenze rispetto al percorso formativo.

Le prove finali sono predisposte, realizzate e valutate dal formatore o équipe dei formatori con la presenza del Responsabile della certificazione delle competenze" (RCC), funzione prevista dal sistema di accreditamento regionale, in qualità di garante dell'intero processo.

Al termine delle operazioni, il RCC procede alla compilazione di apposito verbale, secondo gli elementi minimi di cui al modello 2) approvato con DDUO n. 12453/2012, evidenziando l'elenco delle competenze acquisite da ogni singolo allievo.

Salvo i limiti stabiliti dai singoli avvisi, possono essere avviate attività formative con un numero di allievi non superiore alle 30 unità per garantire una maggiore efficacia delle attività formative sia in presenza, sia con il ricorso in modalità e-learning. Le ore di lezione dovranno essere articolate in 60 minuti sia che le lezioni si svolgano in presenza, sia in modalità FAD E-Learning. Non è possibile effettuare più di 8 ore di lezione in qualsiasi modalità in una stessa giornata fermo restando la pausa di almeno mezz'ora all'interno delle 8 ore dopo al massimo 6 ore di lezione.

Tutte le competenze del QRSP sono referenziate all'EQF
Ogni competenza deve essere valorizzata come minimo con il seguente numero di ore:

Livello alto – EQF da 6 a 8 →40 ore minimo comprensivo di stage/alternanza se previsto;
Livello medio – EQF da 4 a 5→30 ore minimo comprensivo di stage/alternanza se previsto;
Livello basso – EQF 3 →16 ore minimo comprensivo di stage/alternanza se previsto;

Qualora in un percorso vengono selezionate più competenze, si sommano le ore delle singole competenze valorizzate all'EQF. Conseguentemente per un percorso con 3 competenze di cui 2 competenze EQF 4 e una EQF 3, l'articolazione del percorso dovrà essere come minimo in 76 ore (16+30+30).

I percorsi formativi devono essere interamente realizzati in Regione Lombardia sia per la parte d'aula, sia per le esercitazioni pratiche, nonché per il tirocinio, salvo che uno specifico Avviso preveda diversamente.

Le ore di stage non possono superare la percentuale del 40% da calcolarsi sull'intero percorso.

La FAD (Formazione A Distanza) è regolamentata dalla delibera regionale n. 6380 del 16 maggio 2022, salvo quanto stabilito nei singoli avvisi o regolamenti di specifiche figure professionali.

Relativamente alla gestione dei percorsi di extra obbligo formativo in SIUF è disponibile un manuale operativo consultabile nell'area "Documentazione" di SIUF oppure sul portale istituzionale di Regione Lombardia, seguendo il seguente percorso: Home → Enti e operatori → Occupazione e formazione professionale → Formazione professionale → Sistema Informativo Unitario della Formazione (SIUF) → Manuali e guide operative.

UTILIZZO DEL GRS

Gli enti accreditati utilizzano il sistema Gestione Registro Sezione - GRS- quale strumento esclusivo per tracciare e registrare tutte le informazioni relative alle attività didattiche fermo restando quanto contenuto nel Decreto del Direttore Generale nr. 15537 del 31/10/2025 ed eventuali e successive integrazioni o modifiche, e sono responsabili nei confronti della Regione Lombardia e degli allievi della corretta e regolare tenuta del registro elettronico delle presenze (GRS).

Gli enti accreditati sono tenuti ad assicurarsi che ogni partecipante al percorso formativo sia in possesso di Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS) dotate di PIN attivo, dell'app FirmaLom, SPID/CieID, oltreché di un recapito telefonico e di un indirizzo di posta elettronica personale per ricevere le comunicazioni collegate al percorso formativo.

Per la registrazione delle presenze durante il corso, ogni destinatario dovrà utilizzare, alternativamente, l'App FirmaLom o l'accesso al portale SIUF tramite SPID/CieID/CRS con PIN attivo per la validazione delle ore di presenza sul registro elettronico (GRS).

Nel caso in cui un destinatario sia impossibilitato, per motivi oggettivi e indipendenti dalla propria volontà, ad ottenere la CRS/CNS provvista di PIN, l'App FirmaLom o ad accedere al portale SIUF tramite SPID/CieID/CRS/CNS con PIN attivo, sono previste procedure alternative per documentata impossibilità da parte del discente di utilizzare gli strumenti digitali.

L'ente accreditato è tenuto, per tali casistiche, a indicare a sistema la motivazione dell'esonero e a utilizzare, il registro cartaceo del percorso formativo. L'ente accreditato dovrà tenere agli atti l'eventuale documentazione che accerta la causa dell'esclusione dall'utilizzo della strumentazione informatica per eventuali controlli ispettivi da parte di Regione Lombardia e/o di altri organismi competenti.

PERCORSI ABILITANTI E REGOLAMENTATI

Per la gestione di tali percorsi, è necessario seguire la regolamentazione specifica nazionale e/o regionale di ogni figura regolamentata e/o abilitante.

All'atto dell'iscrizione di un discente, l'ente l'accreditato è tenuto a verificare, trattenendone copia, la seguente documentazione:

- 1) documento di identità, cui si aggiungono, in caso di stranieri, i documenti attestanti la regolarità del soggiorno ai sensi della normativa nazionale e/o comunitaria vigente;
- 2) titolo di studio di accesso, previsto dallo specifico percorso formativo.
- 3) verifica del livello di conoscenza della lingua italiana per chi ha conseguito il titolo di studio all'estero.

Per i titoli di studio conseguiti all'estero e la verifica del livello di conoscenza della lingua italiana vale quanto stabilito dalla delibera regionale n. 342 del 22 maggio 2023 "LINEE GUIDA PER L'ACCESSO AI PERCORSI DI FORMAZIONE ABILITANTI E REGIONALI REGOLAMENTATI DI ALLIEVI CON TITOLI DI STUDIO ACQUISITI ALL'ESTERO" che recepisce le Linee Guida approvate in Conferenza delle Regioni il 22 marzo 2023.

Solo per i titoli di studio conseguiti in Italia è possibile l'autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445. Si sottolinea che l'autocertificazione deve contenere gli elementi minimi necessari (titolo conseguito, anno di conseguimento, Istituto scolastico o formativo che lo ha rilasciato e voto finale) per consentirne la verifica sia all'ente accreditato sia agli uffici della Regione Lombardia.

I moduli per la presentazione delle dichiarazioni sostitutive devono esplicitare il richiamo alle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000 in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Si ricorda che il possesso del titolo di studio è requisito di accesso al percorso formativo, la cui carenza comporta la nullità della certificazione abilitante acquisita.

La Direzione Generale Istruzione Formazione Lavoro effettua puntuali verifiche sui percorsi erogati ed in particolare sul possesso e sulla congruità dei titoli di studio dei partecipanti ai percorsi abilitanti, prima dell'ammissione agli esami e comunque prima del rilascio dell'autorizzazione alla stampa degli attestati.

COMMISSIONI D'ESAME INTERNE

Nei casi in cui il percorso non è regolamentato, oppure la normativa di riferimento dello specifico percorso abilitante o regolamentato preveda che la prova di esame sia svolta internamente all'ente accreditato (per esempio: Acconciatura ed Estetista biennale, Buttafuori, Assistenti familiari ecc.), il DDUO n. 12453/2012 al punto 3.2.2.1 dell'allegato A) stabilisce chiaramente che "Il Presidente, al fine di garantire il principio di terzietà, è scelto tra soggetti che non hanno, nell'annualità di riferimento del percorso formativo, partecipato alle attività di direzione, progettazione e realizzazione del percorso stesso."

Tale principio è strettamente correlato a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 13/2013 concernente il Sistema Nazionale di Certificazione che all'art 7 (Standard minimi di sistema) stabilisce che "Con riferimento al sistema nazionale di certificazione delle competenze, l'ente pubblico titolare assicura quali standard minimi:..... f) la previsione di condizioni che assicurino collegialità, oggettività, terzietà e indipendenza nelle fasi del processo di individuazione e validazione e della procedura di certificazione delle competenze e nelle commissioni di valutazione".

Si ricorda inoltre che in Commissione d'esame è necessaria la presenza del Responsabile della certificazione delle competenze a garanzia del processo di certificazione, in qualità di commissario.

Si sottolinea che i soggetti accreditati sono obbligati a rispettare la regolamentazione regionale concernente sia i requisiti di accreditamento sia l'erogazione dei percorsi formativi e che la Direzione Generale effettua gli opportuni controlli d'ufficio, anche in loco, al cui eventuale esito negativo assume i conseguenti provvedimenti sanzionatori.

COMMISSIONI D'ESAME ESTERNE

Per le figure normate e abilitanti per le quali è prevista nella specifica regolamentazione regionale una commissione d'esame esterna, è tassativo richiedere la commissione d'esame **almeno 45 giorni prima della data fissata per la sessione (60 giorni per ASA OSS Riqualfica Asa in OSS e ASO)** inviando la domanda elettronicamente su SIUF. Nella richiesta, oltre al calendario d'esame, l'ente accreditato deve precisare la sede di esame, la mail di riferimento e n. telefonico.

Sono ammessi agli esami, solo ed esclusivamente gli allievi in possesso dei requisiti stabiliti dalla specifica normativa di riferimento, sia per quanto riguarda i titoli di studio, sia per quanto concerne la percentuale minima di frequenza delle ore previste dalla normativa; le ore devono essere validate dal sistema informativo. Non è possibile ammettere agli esami un candidato con riserva (per esempio non in possesso della dichiarazione di valore).

La direzione generale competente a nominare i componenti della commissione si riserva la facoltà di modificare il calendario di esame richiesto dall'ente alla luce della disponibilità degli esperti da nominare e al numero complessivo degli allievi da esaminare, qualora sia necessario articolare le prove d'esame su più giornate, nel caso in cui gli allievi da esaminare superino le 20 unità.

Il Presidente di Commissione, in casi documentati di malattia o di impedimento di particolare gravità del candidato, può riconvocare una seconda sessione con la medesima Commissione, per lo svolgimento delle prove, in accordo con l'Ente di formazione accreditato e dandone comunicazione al referente della gestione dei corsi.

Si ricorda che:

- le prove d'esame dovranno prendere in esame tutto lo spettro delle competenze oggetto del profilo di riferimento comprese quelle oggetto di credito formativo riconosciuto in rapporto sia a segmenti di percorsi già effettuati, sia ad esperienza maturata nel settore di riferimento;
- al termine delle prove il candidato viene dichiarato IDONEO o NON IDONEO con apposita registrazione sul Verbale dello scrutinio finale; per gli allievi non idonei la Commissione, su carta intestata dell'Istituzione formativa, dovrà esprimere puntuali motivazioni di non idoneità;
- nel caso di assenza giustificata, sul verbale finale il candidato viene dichiarato ASSENTE, nelle note del verbale la Commissione spiega le motivazioni dell'assenza e il candidato potrà sostenere successivamente una prova suppletiva.

Nella cartella "Documentazione" dell'Area Prode in SIUF è disponibile il manuale utente per la gestione delle commissioni d'esame -canale extra obbligo formativo.

PERCORSI TEORICI DI ACCONCIATORE ED ESTETISTA

Come è noto, il percorso di formazione teorica per acconciatori ha la durata di 400 ore, quello per estetisti ha la durata minima di 300 ore, con le limitazioni di accesso nei casi espressamente previsti dalle leggi nazionali di settore.

Ad integrazione di quanto già indicato nelle precedenti circolari regionali, si ritiene utile richiamare l'attenzione sulla circostanza che per ogni allievo iscritto va verificato puntualmente il titolo di studio (diploma di scuola secondaria di primo grado) e il periodo di inserimento lavorativo (tre anni presso un'impresa di acconciatura/estetica da effettuare nell'arco di cinque anni) attraverso la presentazione delle visure INPS.

La mansione svolta (la normativa nazionale prevede infatti una attività lavorativa qualificata) deve essere invece verificata dai cedolini/buste paga e/o tramite il Modello UNILAV o C2 Storico rilasciato dal Centro per l'impiego e qualora la documentazione sia ritenuta insufficiente, attraverso il modello autoliquidazione premi INAIL. Per i periodi lavorativi e per identificare la mansione svolta non sono ammesse autocertificazioni da parte del datore di lavoro o del responsabile tecnico.

Come indicazione di carattere generale, si fa presente che in caso di lavoro part-time, il tempo richiesto dalla norma deve essere valutato in ragione del complemento a 1 del tempo lavorato. Pertanto, se la norma richiede 3 anni e il richiedente ha operato col part time al 50%, il tempo effettivo diventa 6 anni; nel caso di part time al 75% 4 anni e sei mesi e così via.

Si ricorda che qualora la documentazione sia incompleta gli allievi non potranno essere ammessi agli esami finali o se ammessi, non potranno ottenere l'attestato.

La stessa documentazione per la verifica dell'attività lavorativa svolta dall'allievo, va presentata anche per altri percorsi abilitanti, laddove richiesto dalla specifica regolamentazione, come ASO o ASACOM.

FORMAZIONE DI DISTINTE FIGURE PROFESSIONALI

Non è possibile accorpate in nessun caso, nemmeno per poche ore, percorsi che sono finalizzati a far conseguire agli allievi diverse competenze o diversi profili professionali; esempio i percorsi ASA e OSS, i percorsi di estetica e acconciatura ecc.

Pertanto, tenuto conto della diversità dei profili professionali in relazione a competenze ed ambiti in cui operano, ai requisiti di accesso, nonché all'articolazione dei percorsi formativi, è necessario tenere distinta la formazione delle figure e quindi i relativi gruppi classe sia a livello di sistema informativo, sia in aula.

Eventuali controlli in itinere o al termine del percorso da parte della Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro che accertino irregolarità sulla gestione dei gruppi classe di figure distinte possono portare a provvedimenti sanzionatori in ordine all'accreditamento.

PUBBLICITA' DEI PERCORSI

L'intervento formativo deve essere erogato in territorio lombardo, esclusivamente dall'accreditato che è l'unico responsabile nei confronti della Regione Lombardia per i servizi resi.

In casi motivati e per le sole attività di docenza, gli accreditati, che non dispongano di professionalità con un profilo specialistico necessario ad una efficace erogazione del servizio formativo, possono ricorrere all'acquisizione di tali professionalità presso persone giuridiche non accreditate che ne dispongono al loro interno. In ogni caso la persona fisica

che esegue la docenza deve essere contrattualizzato ed è l'unico responsabile dell'attività didattica e deve firmare sul registro elettronico e/o didattico dell'ente accreditato.

L'operatore accreditato deve inserire nel calendario della sezione del corso in SIUF il docente utilizzato con i dati richiesti dal sistema informativo.

Ai fini di una corretta informazione all'utenza, solo gli accreditati possono pubblicizzare le proprie iniziative di formazione, mettendo in atto una concreta attività di vigilanza, attenendosi anche nelle attività di comunicazione dei servizi erogati agli standard etici di comportamento,

Conseguentemente ai sensi della Dgr 6696/2022 all.2 punto 1.5 : "Nell'esercizio dei servizi formativi e al lavoro erogati nell'ambito dell'accreditamento gli operatori svolgono attività di interesse generale pubblico in nome e per conto di Regione Lombardia e sono pertanto tenuti ad attenersi, anche nelle attività di comunicazione dei servizi erogati per l'attuazione delle politiche regionali, ad adottare azioni che rispettino i seguenti standard etici di comportamento:

- Equità ed eguaglianza
- Tutela della dignità e riservatezza della persona
- Trasparenza
- Imparzialità e leale concorrenza
- Pertinenza dell'informazione pubblicitari
- Coerenza di eventuali benefit aggiuntivi con le attività oggetto del servizio
- Integrità morale
- Diligenza"

PROBLEMA DOPPIO FINANZIAMENTO – CLASSI MISTE

Si ricorda che da marzo 2025, a seguito di segnalazioni e verifiche effettuate da organismi nazionali ed europei, non è possibile caricare in SIUF lezioni di due corsi diversi che prevedono nella stessa fascia oraria (data ed ora) l'impiego dello stesso docente (Docente/Tutor formativo per le lezioni in stage).

Il blocco come abbiamo comunicato nei mesi scorsi su Cruscotto Lavoro è presente su tutte le offerte formative presenti nel canale "extra obbligo" e quindi riguarda sia corsi finanziati che a pagamento dell'utenza.

D.G. Territorio e sistemi verdi

D.d.u.o. 30 gennaio 2026 - n. 1109

Aggiornamento delle specifiche tecniche per l'interoperabilità e l'interscambio delle informazioni contenute nelle pratiche edilizie a seguito dell'adeguamento della modulistica edilizia regionale concernente la segnalazione certificata per l'agibilità di cui alla d.g.r. XII/5001 del 15 settembre 2025

LA DIRIGENTE DELLA UO
PARCHI, BIODIVERSITA' E SISTEMA DELLE CONOSCENZE

Visti:

- la legge 7 agosto 1990, n. 241 «Nuove norme sul procedimento amministrativo»;
- il decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380 «Testo Unico delle leggi in materia di edilizia»;
- il decreto-legge 29 maggio 2024, n. 69 «Disposizioni urgenti in materia di semplificazione edilizia e urbanistica» (convertito con modificazioni dalla l. 24 luglio 2024, n. 105) di modifica al decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380;
- la legge regionale 11 marzo 2005, n. 12 «Legge per il governo del territorio», in particolare l'art. 32 commi 4 e 5;

Premesso che:

- sul territorio nazionale, la modulistica unificata e standardizzata per la presentazione di istanze, dichiarazioni e segnalazioni in ambito edilizio è adottata previa Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali, mediante Accordi raggiunti in Conferenza Unificata;
- le Regioni approvano la modulistica edilizia regionale, in coerenza a quella nazionale, modificata (nelle parti contrassegnate come eventuali variabili di quella nazionale) in considerazione delle specifiche normative regionali;

Richiamati:

- l'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome, ANCI e UPI raggiunto nell'ambito della Conferenza Unificata del 30 luglio 2025 concernente la modifica della modulistica edilizia nazionale con riferimento alla segnalazione certificata per l'agibilità, in attuazione del sopracitato decreto-legge n. 69/2024, convertito con modificazioni dalla legge 24 luglio 2024, n. 105;
- l'informativa, resa nella seduta della Conferenza Unificata del 27 novembre 2025, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. e) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, relativa all'Agenda per la semplificazione - *Definizione tracciati dati sulle modifiche alla modulistica edilizia concernenti la segnalazione certificata per l'agibilità*;
- l'Accordo sancito in Conferenza Unificata del 22 febbraio 2018 concernente l'adozione dell'Allegato tecnico e degli schemi dati XML relativi alla modulistica edilizia di riferimento nazionale (unificata e standardizzata) per la presentazione di segnalazioni, comunicazioni e istanze, utili allo sviluppo delle piattaforme gestionali degli Sportelli Unici per l'Edilizia e a consentire l'interoperabilità e lo scambio dati tra amministrazioni;

Richiamato inoltre l'art. 32 comma 4, della legge regionale 11 marzo 2005, n. 12, il quale stabilisce che:

- la Giunta regionale approvi l'adeguamento alla normativa specifica regionale e di settore della modulistica edilizia unificata e standardizzata statale, riguardante le procedure edilizie;
- il dirigente regionale competente per materia provveda, con decreto, a validare gli aggiornamenti della modulistica consistenti nel mero recepimento di sopravvenute disposizioni normative di settore, nonché nella rettifica di errori materiali;
- i Comuni si adeguino alla modulistica edilizia unificata approvata dalla Giunta regionale;

Preso atto che, con delibera della Giunta regionale n. XII/5001 del 15 settembre 2025 è stato approvato l'aggiornamento del modulo edilizio regionale Relazione tecnica di asseverazione agibilità;

Considerato che il punto 2 della delibera di cui sopra demanda ad atto successivo gli aggiornamenti degli «schemi dati XML» del suddetto modulo edilizio;

Visto il «Programma Strategico per la Semplificazione e la Trasformazione Digitale», aggiornato con delibera Giunta regionale 31 ottobre 2024, n. XII/3325, che richiama espressamente la

volontà dell'Amministrazione di potenziare l'interoperabilità tra i servizi pubblici erogati dalle pubbliche amministrazioni;

Ritenuto opportuno:

- approvare l'aggiornamento delle «Specifiche tecniche per l'interoperabilità e l'interscambio delle informazioni contenute nelle pratiche edilizie» (schemi dati XML dei moduli edilizi) relative alla Relazione tecnica di asseverazione agibilità;
- pubblicare gli schemi dati XML sopra richiamati sul sito istituzionale di Regione Lombardia;
- informare le pubbliche amministrazioni dotate di una piattaforma per la gestione telematica dei procedimenti edilizi, affinché adottino le nuove «Specifiche tecniche» sopracitate;

Visti:

- la legge regionale 7 luglio 2008 n. 20 «Testo unico delle leggi regionali in materia di Organizzazione e Personale» ed i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura;

il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile (PRSS) della XII Legislatura, approvato con d.c.r. n. XII/42 del 20 giugno 2023 e, in particolare, il Pilastro 7 «Lombardia Ente di Governo», Ambito 7.5 «Semplificazione e trasformazione digitale», Obiettivo strategico 7.5.3 «Rafforzare la digitalizzazione della pubblica amministrazione e garantire la sicurezza dei dati e dei servizi»

DECRETA

1. l'aggiornamento delle «Specifiche tecniche per l'interoperabilità e l'interscambio delle informazioni contenute nelle pratiche edilizie» (schemi dati XML dei moduli edilizi) della Relazione tecnica di asseverazione agibilità;

2. di pubblicare gli schemi dati XML di cui al punto 1 sul sito istituzionale di Regione Lombardia alla pagina «Moduli edilizi unificati e specifiche di interoperabilità», all'indirizzo: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DetttaglioServizio/servizi-einformazioni/enti-e-operatori/territorio/moduli-edilizi-unificati>;

3. di informare le pubbliche amministrazioni dotate di una piattaforma per la gestione telematica dei procedimenti edilizi affinché adottino le nuove «Specifiche tecniche» di cui al punto precedente;

4. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Lombardia e sul sito istituzionale di Regione Lombardia alla pagina «Moduli edilizi unificati e specifiche di interoperabilità»;

5. di dare atto che il presente decreto non comporta spese a carico del bilancio regionale;

6. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. 33/2013.

La dirigente
Nadia Padovan

Serie Ordinaria n. 6 - Giovedì 05 febbraio 2026

Consiglio regionale

D.d.u.c. 20 gennaio 2026 - n. 12
Publicazioni ai sensi della legge 5 luglio 1982, n. 441, della legge regionale 19 luglio 1982, n. 41 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - anno 2025

UFFICIO ASSISTENZA ALL'UFFICIO DI PRESIDENZA E AFFARI LEGALI
IL DIRIGENTE

Vista la legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 «Testo unico in materia di organizzazione e personale»;

Visto il regolamento contabile, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 15 febbraio 2011, n. IX/143, e modificato con deliberazioni del Consiglio regionale 8 aprile 2014, n. X/356, e 28 luglio 2015, n. X/751;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 «Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42», così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;

Visti:

- la legge 5 luglio 1982, n. 441 «Disposizioni per la pubblicità della situazione patrimoniale di titolari di cariche elettive e di cariche direttive di alcuni Enti»;
- la legge regionale 19 luglio 1982, n. 41 «Disposizioni per la pubblicità della situazione patrimoniale dei titolari di cariche elettive nell'ambito della Regione Lombardia e modifiche alla l.r. 6 gennaio 1979, n. 2 «Norme per la procedura ed il controllo delle nomine di competenza degli organi regionali in enti ed istituzioni diverse»»;
- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;

Vista la deliberazione dell'Ufficio di presidenza 3 febbraio 2025, n. 30 «Disposizioni attuative degli obblighi di pubblicità e trasparenza concernenti i consiglieri regionali, i componenti della Giunta regionale e i sottosegretari: determinazioni», che dà mandato al dirigente della struttura consiliare competente in materia di prerogative dei Consiglieri di provvedere alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito istituzionale del Consiglio regionale delle dichiarazioni reddituali e patrimoniali rilasciate annualmente dai Consiglieri regionali, dai componenti della Giunta regionale e dai Sottosegretari;

Richiamati altresì i seguenti provvedimenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) relativi all'assolvimento dei suddetti obblighi di pubblicazione:

- determinazione n. 1310 del 28 dicembre 2016, avente ad oggetto «Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016»;
- determinazione n. 241 dell'8 marzo 2017, avente ad oggetto «Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato all'art. 13 del d.lgs. 97/2016»;

Viste le «Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuati per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati», emesse dal Garante per la protezione dei dati personali con provvedimento n. 243 del 15 maggio 2014, che indicano la necessità di non pubblicare dati eccedenti e non pertinenti rispetto alle finalità di trasparenza perseguite dal d.lgs. 33/2013;

Preso atto dell'avvenuto deposito della seguente documentazione:

- dichiarazioni dei redditi 2025, relative all'anno d'imposta 2024, e dichiarazioni concernenti le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione, presentate, ai sensi della l.r. 41/1982, dai Consiglieri regionali, dai componenti della Giunta regionale e dai Sottosegretari non consiglieri in carica nella XII Legislatura, comprensive anche delle dichiarazioni di consenso o mancato consenso alla pubblicazione delle dichiarazioni relative al coniuge

non separato e ai parenti fino al secondo grado;

- dichiarazione dei redditi 2025, relativa all'anno d'imposta 2024, e dichiarazione concernente la situazione patrimoniale, presentate, ai sensi della l.r. 41/1982, dall'Assessore Debora Massari, nominata con d.p.g.r. n. 398 del 24 ottobre 2025;
- dichiarazione dei redditi 2025, relativa all'anno d'imposta 2024, e dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione, presentate, ai sensi dell'articolo 5 della l.r. 41/1982, dal Consigliere Giorgio Bontempi, cessato dalla carica il 22 ottobre 2025;
- dichiarazione dei redditi 2025, relativa all'anno d'imposta 2024, presentata, ai sensi dell'articolo 5 della l.r. 41/1982, dal Sottosegretario Consigliere Lara Magoni, cessata dalla carica l'11 luglio 2024;

Verificata la regolarità dell'istruttoria e della proposta di decreto, sia dal punto di vista tecnico sia sotto il profilo della legittimità;

Attestato che il presente atto non comporta spesa o minore entrata a carico del bilancio, nonché variazione al patrimonio dell'Ente;

DECRETA

1. di pubblicare, in attuazione di quanto previsto dalla l.r. 41/1982 e dalla dup n. 30/2025, le dichiarazioni presentate dai Consiglieri regionali, dai componenti della Giunta regionale e dai Sottosegretari, per l'Anno 2025, nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito internet istituzionale del Consiglio regionale¹;

2. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il dirigente
Mario di Stefano

¹ Per la consultazione delle dichiarazioni rese dai Consiglieri regionali, dai componenti della Giunta regionale e dai Sottosegretari, si rinvia ai seguenti link:

DATI DEI CONSIGLIERI:

<https://pubblicazioniweb.consiglio.regione.lombardia.it/pubblicazioniweb/trasparenza/trasparenzareport.aspx?mode=c&>

DATI DEGLI ASSESSORI E SOTTOSEGRETARI NON CONSIGLIERI:

<https://pubblicazioniweb.consiglio.regione.lombardia.it/pubblicazioniweb/trasparenza/trasparenzareport.aspx?mode=a&>