

## **PANORAMA LEGISLATIVO**

N. 13 aprile 2008 – a cura di Luigi Colombini

### **PRESENTAZIONE**

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

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

Tenendo conto delle crescenti funzioni che le Regioni vanno più assumendo nel quadro delle politiche sociali e di welfare, gli atti delle Regioni, espressi, come è noto negli atti di legislazione, di programmazione, di controllo e di indirizzo, rappresentano il risultato di notevoli elaborazioni concettuali e dottrinali, che portano a definire un quadro che si caratterizza come un "affresco" in continua evoluzione, e che sottolinea la diversità e la peculiarità delle singole Regioni, pur nell'osservanza di una unità di fondo che è riferibile alla garanzia data dalla Costituzione della Repubblica con i suoi principi e le sue idealità.

Pertanto l'ISTISSE con il presente numero inaugura uno specifico spazio dedicato alla illustrazione e commento (per gli atti più importanti e significativi) della legislazione e degli atti amministrativi statali e della legislazione e degli atti amministrativi delle Regioni, articolati per aree tematiche riferite sia alla articolazione funzionale che si collega alle materie indicate nel dlgs.112/98, sia a più specifici approfondimenti di campi più "mirati" in rapporto alle realizzazioni delle politiche sociali e di welfare.

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

**La cadenza del Panorama legislativo di politica sociale avrà una frequenza quindicinale.**

## **PANORAMA STATALE**

Gazzette Ufficiali effettivamente pervenute al 15 aprile 2008, arretrati compresi

### **DIPENDENZE**

#### **CONFERENZA UNIFICATA**

**PROVVEDIMENTO 24 gennaio 2008** - Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali sul documento "Piano italiano d'azione sulle droghe". (Rep. atti n. 4/CU) (BU n. 11 del 21.3.08)

<b>ENTI LOCALI</b>
--------------------

**MINISTERO DELL'INTERNO  
COMUNICATO –**

Provvedimenti concernenti enti locali in condizione di dissesto finanziario (GU n. 87 del 12.4.08)

<b>ISTRUZIONE</b>
-------------------

**DPCM 25 gennaio 2008**

Linee guida per la riorganizzazione del Sistema di istruzione e formazione tecnica superiore e la costituzione degli istituti tecnici superiori. (GU n. 86 del 11.4.08 )

<b>PARI OPPORTUNITA'</b>
--------------------------

**MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

**Decreto 6.3.08** - Nomina della consigliera di parita' effettiva e supplente della regione Emilia-Romagna. (GU n. 79 del 3.4.08 )

<b>PERSONE DIVERSAMENTE ABILI</b>
-----------------------------------

**MINISTERO PER I BENI E LE ATTIVITA' CULTURALI**

**Decreto 18.12.07** - Modalita' di accesso ai finanziamenti in favore dell'editoria per ipovedenti e non vedenti. (GU n. 82 del 7.4.08 )

**Note**

\* L'art. 2 del decreto ministeriale del 14 settembre 2007 stabilisce per l'anno finanziario 2007, la somma destinata a interventi in favore dell'editoria per ipovedenti e non vedenti, nonche' il rinvio a successivo decreto per le modalita' di accesso ai finanziamenti con relativi criteri di selezione;

Con il presente provvedimento si dà attuazione a quanto previsto nel citato decreto ministeriale del 14 settembre 2007 disciplinando i criteri e le modalita' d'accesso ai finanziamenti secondo quanto previsto dall'art. 2 del medesimo decreto ministeriale

Art. 1.

Destinatari dei finanziamenti

1. I finanziamenti di cui all'art. 1, comma 1141, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007 - d'ora in avanti «Legge») e del conseguente art. 2 del decreto ministeriale del 14 settembre 2007 vengono concessi alle case editrici o altri soggetti, sulla base di progetti recanti l'articolazione della spesa prevista per tipologie di investimenti indicati all'art. 2. Ciascun istante non puo' presentare piu' di un progetto. I progetti presentati dovranno essere funzionali ad assicurare in modo efficiente ed efficace lo svolgimento dei servizi descritti dalla legge e dovranno prevedere le tipologie di investimento previste al successivo art. 2.

2. Le case editrici o altri soggetti possono, altresì, presentare i progetti indicati all'art. 1 in forma congiunta. A tal fine conferiscono, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata, mandato collettivo speciale con rappresentanza al soggetto mandatario che presenta il progetto in nome e per conto proprio e dei mandanti, obbligandosi a realizzarlo congiuntamente con gli altri soggetti e allega, al momento della presentazione della domanda di concessione del finanziamento, copia dell'atto di conferimento del

mandato. Il soggetto mandatario rappresenta i mandanti in tutti i rapporti necessari per l'ottenimento del finanziamento, fino all'estinzione di ogni rapporto. La presentazione del progetto in forma congiunta determina la responsabilit  solidale, nei confronti dell'Amministrazione, di tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto.

<b>PRIVATO SOCIALE</b>
------------------------

### **MINISTRO DELLA SOLIDARIETA' SOCIALE**

**Decreto 24.1.08** - Adozione delle linee guida per la redazione del bilancio sociale da parte dell'organizzazione che esercitano l'impresa sociale, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155. (GU n. 86 del 11-4-2008 )

#### **Note**

\* L'art. 10, comma 2, del decreto legislativo n. 155 del 2006, prevede che con decreto del Ministro della solidarieta' sociale, sentita l'Agenzia per le organizzazioni non lucrative di utilita' sociale, sono adottate le linee guida per la redazione del bilancio sociale da parte dell'organizzazione che esercita l'impresa sociale;

\* Si procede quindi alla definizione delle predette linee guida

### **LINEE GUIDA PER LA REDAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE DA PARTE DELLE ORGANIZZAZIONI CHE ESERCITANO L'IMPRESA SOCIALE.**

#### **1. Redazione del bilancio sociale.**

1.1. Le organizzazioni che esercitano l'impresa sociale sono tenute a redigere annualmente un bilancio sociale delle attivita' svolte.

1.2. Il bilancio sociale deve contenere, suddivise nelle sottospecificate sezioni, almeno le seguenti informazioni:

1.2.1 Introduzione: metodologia adottata per la redazione del bilancio sociale.

1.2.2 Sezione A: Informazioni generali sull'ente e sugli amministratori.

a) nome dell'ente;

b) indirizzo sede legale;

c) altre sedi secondarie;

d) nominativi degli amministratori, data di prima nomina e periodo per il quale rimangono in carica;

e) nominativi dei soggetti che ricoprono cariche istituzionali;

f) settore nel quale l'ente produce o scambia beni e servizi di utilita' sociale, con indicazione dei beni e servizi prodotti o scambiati.

1.2.3 Sezione B: Struttura, governo ed amministrazione dell'ente.

a) informazioni sull'oggetto sociale come previsto nello statuto;

b) forma giuridica adottata dall'ente, con evidenza delle eventuali trasformazioni avvenute nel tempo;

c) previsioni statutarie relative all'amministrazione e al controllo dell'ente;

d) modalita' seguite per la nomina degli amministratori;

e) particolari deleghe conferite agli amministratori;

f) per gli enti di tipo associativo informazioni sui soci dell'ente con indicazione del numero dei soci iscritti, con distinzione tra persone fisiche e giuridiche, dei soci dimessi o esclusi dall'ente;

g) relazione sintetica della vita associativa, con l'indicazione del numero di assemblee svoltesi nell'anno, del numero di soci partecipanti all'assemblea annuale per l'approvazione del bilancio e dei temi sui quali i soci sono stati coinvolti;

h) mappa dei diversi portatori di interessi con indicazione del tipo di relazione che lega l'impresa sociale alle singole categorie;

- i) compensi, a qualunque titolo corrisposti, ad amministratori e a persone che ricoprono cariche istituzionali elettive o non nell'impresa sociale;
- l) compensi, a qualunque titolo corrisposti, a soggetti eventualmente incaricati del controllo contabile;
- m) indicazione del valore massimo e del valore minimo delle retribuzioni lorde dei lavoratori dipendenti dell'ente con distinta evidenza di valore della retribuzione e numerosita' per le diverse tipologie di contratto di lavoro;
- n) compensi corrisposti per prestazioni di lavoro non regolate da contratto di lavoro dipendente, con distinta evidenza di valore della retribuzione e tipologia di contratto;
- o) numero di donne sul totale dei lavoratori, con dettaglio per ciascuna tipologia di contratto di lavoro;
- p) imprese, imprese sociali, altri enti senza scopo di lucro in cui l'impresa sociale abbia partecipazioni, a qualunque titolo e di qualunque entita', con indicazione dell'attivita' svolta dagli enti partecipati e dell'entita' della partecipazione. Nel caso di gruppi di imprese sociali, tenuti a redigere e depositare i documenti contabili ed il bilancio sociale in forma consolidata, indicazione delle sinergie di gruppo che hanno consentito una migliorerealizzazione delle finalita' di utilita' sociale e dei criteri di consolidamento;
- q) imprese, imprese sociali, altri enti senza scopo di lucro che abbiano nell'impresa sociale partecipazioni, a qualunque titolo e di qualunque entita', con indicazione dell'attivita' svolta dagli enti partecipanti e dell'entita' della partecipazione. Analogamente aquanto previsto al punto p), per il caso di gruppi di imprese sociali, indicazione delle sinergie di gruppo che hanno consentito una migliore realizzazione delle finalita' di utilita' sociale e dei criteri di consolidamento;
- r) principali reti e collaborazioni attive con enti pubblici, imprese sociali, altri enti senza scopo di lucro ed altre imprese commerciali, specificando la natura del rapporto e delle intese;
- s) totale dei volontari attivi nell'organizzazione nell'ultimo anno e tipo di impiego presso l'organizzazione, con indicazione del numero di coloro che sono entrati e usciti nel suddetto periodo;
- t) numero e tipologie dei beneficiari, diretti e indiretti, delle attivita' svolte;
- u) valutazione degli amministratori circa i rischi di tipo economico-finanziario cui l'ente e' potenzialmente esposto e dei fattori generali che possono compromettere il raggiungimento dei fini istituzionali e descrizione delle procedure poste in essere per prevenire tali rischi.

#### 1.2.4 Sezione C: Obiettivi e attivita'.

- a) finalita' principali dell'ente, in coerenza con quanto previsto nell'atto costitutivo o statuto e con specifico riferimento agli obiettivi di gestione dell'ultimo anno;
- b) riassunto delle principali attivita' che l'ente pone in essere in relazione all'oggetto sociale con specifica descrizione dei principali progetti attuati nel corso dell'anno;
- c) analisi dei fattori rilevanti per il conseguimento degli obiettivi, distinguendo tra quei fattori che sono sotto il controllo dell'ente e quelli che non lo sono;
- d) valutazione - utilizzando specifici indicatori qualitativi e quantitativi - dei risultati conseguiti ed in particolare dell'impatto sul tessuto sociale di riferimento, dei principali interventi realizzati o conclusi nell'anno, con evidenza di eventuali scostamenti dalle previsioni;
- e) forme di coinvolgimento dei lavoratori e dei beneficiari delle attivita';
- f) descrizione delle attivita' di raccolta fondi svolta nel corso dell'anno;
- g) indicazione delle strategie di mediolungo termine e sintesi dei piani futuri.

#### 1.2.5 Sezione D: Esame situazione finanziaria.

- a) analisi delle entrate e dei proventi con indicazione del rispetto del requisito di cui all'art. 2, comma 3, del decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155;
- b) analisi delle uscite e degli oneri;
- c) indicazione di come le spese sostenute hanno supportato gli obiettivi chiave dell'ente;
- d) analisi dei fondi, distinguendo tra fondi disponibili, fondi vincolati e fondi di dotazione;

e) costi relativi all'attività di raccolta fondi, entrate conseguite e percentuale di tali entrate utilizzata per coprire i costi dell'attività di raccolta fondi;

f) analisi degli investimenti effettuati, delle modalità di finanziamento ed indicazione di come questi investimenti sono funzionali al conseguimento degli obiettivi dell'ente.

1.2.6 Sezione E: Altre informazioni opzionali.

1.3. Quando ciò sia consentito dalla natura delle attività svolte e dalla tipologia dei beneficiari diretti e indiretti delle stesse, alla valutazione di cui al punto 1.2.4, lettera d), deve procedersi secondo modalità partecipate, che prevedano l'esplicito coinvolgimento dei beneficiari delle attività - diretti e indiretti - di cui al punto 1.2.3, lettera t).

1.4. In ogni caso, la valutazione di cui al punto 1.2.4, lettera d), deve essere realizzata con il coinvolgimento di tutti coloro che hanno prestato la propria opera presso l'impresa sociale, sia a titolo professionale sia a titolo volontario, secondo metodologie che vanno adattate alla dimensione e alla tipologia dell'impresa stessa.

1.5. Di quanto realizzato ai sensi dei punti 1.3 e 1.4, ivi incluse le motivazioni che vi hanno condotto, si dà conto nel bilancio sociale, ai sensi del punto 1.2.1.

2. Pubblicità.

2.1. Il bilancio sociale viene sottoposto all'approvazione dei competenti organi sociali congiuntamente al bilancio di esercizio.

2.2. Il bilancio sociale viene depositato per via telematica presso il registro delle imprese entro 30 giorni dalla sua approvazione. L'impresa sociale dà ampia pubblicità al bilancio sociale approvato, attraverso tutti i canali di comunicazione a disposizione, sia cartacei sia telematici.

**Decreto 24.1.08** .Adozione delle linee guida per le operazioni di trasformazione, fusione, scissione e cessione d'azienda, poste in essere da organizzazioni che esercitano l'impresa sociale, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155 . (GU n. 86 del 11-4-2008 )

<b>SANITA'</b>
----------------

**AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO**

**DETERMINAZIONE - 20 marzo 2008** Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci. (GU n. 76 del 31-3-2008 )

**MINISTERO DELLA SALUTE**

**Decreto 11.3.08** - Integrazione del decreto 8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto. (GU n. 80)

**Decreto 4.3.08** - Sostituzione di un componente del Centro nazionale trapianti. (GU n. 85 del 10.4.08 )

**Decreto 31.3.08** - Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta. (GU n. 86 dell' 11.4.08 )

**Note**

\* L'art. 88, comma 2-bis del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, come modificato dal decreto legislativo 29 dicembre 2007, n. 274, prevede che il Ministro della salute, con proprio decreto da adottarsi entro il 29 febbraio 2008, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Federazioni degli ordini professionali dei farmacisti e dei medici, nonché le organizzazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private, individua le condizioni che consentono al farmacista, in caso di estrema necessità e urgenza, di consegnare al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, un medicinale

disciplinato dal comma 2 dello stesso art. 88 o dall'art. 89.

\* La richiamata norma legislativa limita ai soli casi di estrema necessita' e urgenza la possibilita' di consegna al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, di un medicinale sottoposto a regime di vendita dietro presentazione di ricetta medica;

\* Molti medicinali classificati come farmaci di automedicazione (OTC) o farmaci vendibili senza prescrizione medica (SOP) gia' consentono di far fronte, ad esempio in campo analgesico, ad alcune delle situazioni di urgenza;

\* Non appare in ogni caso opportuno prevedere, in applicazione della citata norma, ipotesi e condizioni che possano scoraggiare un appropriato ricorso a prestazioni mediche anche attraverso i servizi di continuita' assistenziale e di pronto soccorso;

\* Viene ritenuto opportuno prevedere un periodo sperimentale di attuazione della disciplina in questione per consentire eventuali integrazioni o correzioni alla luce dei primi mesi di esperienza.

\*Viene quindi decretato quanto segue:

#### Art. 1.

1. Il presente decreto individua, ai sensi dell'art. 88, comma 2-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni, le condizioni che consentono al farmacista, in caso di estrema necessita' e urgenza, di consegnare al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, un medicinale disciplinato dal comma 2 dell'art. 88 o dall'art. 89 del medesimo decreto legislativo.

#### Art. 2.

1. Qualora il medicinale venga richiesto per la necessita' di assicurare la prosecuzione del trattamento di un paziente affetto da diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva o altra patologia cronica, il farmacista puo' consegnare il medicinale, a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente e' in trattamento con il farmaco, quali:

a) presenza in farmacia di ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali e' prescritto il farmaco richiesto;

b) esibizione da parte del cliente di un documento rilasciato dall'autorita' sanitaria attestante la patologia per la quale e' indicato il farmaco;

c) esibizione da parte del cliente di un documento originale firmato dal medico curante attestante la patologia cronica da cui il paziente e' affetto, con indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento;

d) esibizione di una ricetta con validita' scaduta da non oltre trenta giorni; in tal caso il farmacista e' tenuto ad apportare un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzazione nell'ambito della disciplina del presente decreto;

e) conoscenza diretta da parte del farmacista dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso.

#### Art. 3.

1. Al di fuori dei casi previsti dall'art. 2, qualora la richiesta riguardi un paziente che necessiti di non interrompere un trattamento, quale ad esempio l'ulteriore assunzione di un antibiotico, il farmacista puo' consegnare il medicinale richiesto a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente e' in trattamento con il farmaco, quali:

a) presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto;

b) esibizione, da parte del cliente, di una confezione inutilizzabile, ad esempio un flaconcino danneggiato.

#### Art. 4.

1. In aggiunta alle ipotesi disciplinate negli articoli 2 e 3, il farmacista puo' consegnare il medicinale richiesto in caso di esibizione da parte del cliente di documentazione di dimissione ospedaliera emessa il giorno di acquisto o nei due giorni immediatamente precedenti dalla quale risulti prescritta o, comunque, raccomandata la prosecuzione della terapia con il farmaco richiesto.

#### Art. 5.

1. In tutti i casi previsti dal presente decreto il farmacista e' tenuto a consegnare una sola confezione con il piu' basso numero di unita' posologiche del farmaco richiesto, fatta salva l'ipotesi di antibiotici iniettabili monodose che possono essere consegnati in una quantita' sufficiente ad assicurare la continuita' del trattamento fino alla possibilita' di contatto del paziente con il medico prescrittore.

2. Il farmacista e' altresì tenuto a ricordare al cliente che la consegna del farmaco senza ricetta e' una procedura eccezionale e che il cliente deve comunque informare il medico curante del ricorso alla procedura. A tal fine il farmacista consegna al cliente una scheda, da inoltrare al medico, contenente la specificazione del medicinale consegnato.

#### Art. 6.

1. La consegna da parte del farmacista di medicinali iniettabili e' ammessa nell'ipotesi disciplinata dall'art. 4. La consegna del medicinale iniettabile e' ammessa altresì nelle ipotesi previste dall'art. 2, limitatamente all'insulina, e all'art. 3, limitatamente agli antibiotici monodose.

2. Non e' ammessa la consegna di medicinali inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti, allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni.

#### Art. 7.

1. Nei casi previsti dall'art. 2, lettera b), quando il documento non indichi il farmaco da utilizzare nel trattamento, dall'art. 2, lettera d) e dall'art. 3, lettera b), il cliente e' tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di responsabilita' circa la veridicità del trattamento con il medicinale richiesto. La dichiarazione e' conservata dal farmacista ed e' allegata al registro di cui al comma 2 del presente articolo.

2. Il farmacista annota su apposito registro, le cui pagine sono dallo stesso numerate, timbrate e siglate, la consegna dei farmaci effettuata ai sensi del presente decreto, riportando il nome del farmaco, le iniziali del paziente e la condizione, tra quelle previste dagli articoli 2, 3 e 4, che ha dato luogo alla consegna del farmaco.

3. Entro il mese di dicembre 2008 la Federazione nazionale dei titolari di farmacia italiani (FEDERFARMA) e la Federazione delle aziende e servizi socio-farmaceutici (A.S.SO.FARM) raccolgono e comunicano al Ministero della salute e all'AIFA i dati relativi alla numerosità e alla tipologia dei casi di ricorso alle procedure di cui al presente decreto registrati fino alla data del 30 novembre 2008, formulando eventuali proposte di modifica della presente disciplina. Tale documentazione e' trasmessa dal Ministero della salute, alla Federazione nazionale ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO) e alla Federazione ordini farmacisti italiani (FOFI), per le rispettive valutazioni.

# **PANORAMA REGIONALE**

**Bollettini Ufficiali Regionali effettivamente pervenuti all' 11 aprile 2008 , arretrati compresi**

**ANZIANI**

**LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/540** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: educazione motoria a favore della popolazione anziana (BUR n. 13 del 25.3.08)

**Note**

#### **PREMESSA**

- Il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario è uno degli obiettivi di alta programmazione da parte del legislatore al fine di rendere effettiva e garantire su tutto il territorio regionale l'esigibilità dei diritti civili e sociali a favore delle persone, delle famiglie e delle formazioni sociali negli ambiti della salute, del benessere e della protezione sociale.
- L'attività motoria è un fattore determinante di promozione della salute e modifica di stili di vita in ogni fascia d'età e in particolare nei confronti della popolazione anziana al fine di evitare la cronicizzazione di patologie invalidanti;
- L'UISP ha sviluppato a livello nazionale progetti di attivazione corporea e risocializzazione delle persone anziane a rischio di isolamento tramite progetti di ginnastica dolce presso servizi socio-sanitari
- In particolare alcune delegazioni provinciali dell'UISP e alcune fondazioni ed associazioni di volontariato hanno recentemente sottoscritto specifici protocolli d'intesa con il comune, la provincia e l'ASL di Varese finalizzato a garantire interventi di attività motoria a favore della popolazione anziana.

#### **L'IMPEGNO**

Il Consiglio invita la Giunta regionale a promuovere e valorizzare iniziative di sensibilizzazione e di educazione motoria a favore della popolazione anziana, nonché consolidare le esperienze di ginnastica a domicilio e di ginnastica residenziale già attivate presso alcune RSA e alcuni centri diurni integrati.

- il diritto del minore a vivere in famiglia è sancito dalla legge 184/83 e s.m.i.;
- occorre operare affinché tale diritto diventi esigibile;

Considerato che la rete delle unità di offerta deve sostenere l'impegno delle famiglie di origine e delle famiglie affidatarie ed adottive, in particolare quando accolgono un adolescente o un minore con disabilità;

Invita la Giunta regionale

Ad operare affinché siano potenziate le unità di offerta rivolte a sostenere la famiglia di origine e, ove non possibile, a sostenere l'affidamento familiare o l'adozione del minore, aiutando in particolare le famiglie che accolgono adolescenti o minori con disabilità.

<b>ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI</b>
------------------------------------

#### **LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/544** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: fondo per la non autosufficienza (BUR n. 13 del 25.3.08)

**Note**

#### **PREMESSA**

- Il comma 1264 dell'art. 1 della legge 296/06 ha istituito il Fondo per le non autosufficienze, al fine di garantire l'attuazione di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.
- Il PSSR 2007-2009 prevede espressamente che la Regione, in base alle determinazioni assunte a livello nazionale, valuti la previsione e di un Fondo per la non autosufficienza;
- La determinazione prevista con la legge finanziaria 2008 prevede il finanziamento di 300.000.000 euro per il 2008 e 400.000.000 per il 2009.

- E' pertanto ritenuto necessario intervenire a livello nazionale perché sia adeguatamente incrementata la quota del suddetto Fondo, a fronte di una costante crescita delle condizioni di fragilità della popolazione lombarda, e del conseguente aumento dello stato di bisogno e nell'ottica di ricercare soluzioni adeguate ad affrontare in maniera sinergica ed integrata il tema delle fragilità.
- Pertanto viene ritenuto opportuno destinare parte del Fondo per favorire l'autonomia delle persone non autosufficienti, anche mediante strumenti che consentano di sostenere l'impegno familiare nelle forme di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.
- Viene preso atto del pdl 212 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.

### **L'IMPEGNO**

Il Consiglio regionale invita la Giunta:

- ad intervenire a livello nazionale affinché sia adeguatamente incrementata la quota del Fondo nazionale per le non autosufficienze;
- a ricercare ed individuare possibili aree di intervento a livello regionale e modalità di reperimento di risorse finanziarie da destinare al Fondo;
- ad utilizzare la quota del Fondo per favorire l'autonomia delle persone non autosufficienti, anche mediante strumenti che consentano di sostenere l'impegno familiare nelle forme di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

**DCR 28.2.08,n. VIII/552** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: fondo per la non autosufficienza (BUR n. 13 del 25.3.08)

#### **Note**

Il consiglio invita la giunta in sede di disciplina delle unità di offerta sociosanitarie a realizzare come uno degli obiettivi prioritari quello relativo alle politiche di supporto alle famiglie nell'assistenza ai non autosufficienti.

<b>BILANCIO</b>
-----------------

### **SARDEGNA**

**L.R. 5.3.08, n. 3** – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2008) (BUR n. 9 del 6.3.08)

#### **Note**

Si riportano gli aspetti ritenuti più interessanti relativi alla sanità ed alle politiche sociali

#### **SANITA'**

- Viene stanziato il fondo complessivo di 606.300.000 euro per l'ammodernamento del patrimonio tecnologico per gli anni dal 2008 al 2018.
- Al fine di migliorare l'informazione e la fruibilità dei servizi sanitari è autorizzata la spesa di 3.000.000 euro nell'anno 2008 e 5.000.000 euro nel 2009 per la realizzazione di un piano di comunicazione istituzionale del servizio sanitario, inclusa la gestione e il potenziamento dei portali della sanità e il sociale, l'attuazione e la promozione dell'immagine coordinamento del SSR, anche attraverso omogenei e coerenti interventi di identità visiva e di comunicazione interna nelle strutture sanitarie.
- E' autorizzata la spesa di 2.500.000 per l'erogazione alle ASL di finanziamenti per lo sviluppo di programmi di assistenza domiciliare integrata.
- E' autorizzata la spesa di 2.500.000 annui per la realizzazione nelle ASL di progetti volti al contenimento dei tempi di attesa, con riferimento alle prestazioni selezionate nelle singole realtà territoriali, previa valutazione dell'attività istituzionale.
- Per ciò che concerne le prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero il contributo è:

- nella forma di diaria giornaliera, 90 euro per i trasferimenti in ambito nazionale e 120 per i trasferimenti all'estero;
- il rimborso forfetario è fissato nella misura massima di 7.500 euro

### **POLITICHE ABITATIVE**

- Per la realizzazione di un programma straordinario di edilizia abitativa è disposto lo stanziamento di 80.000 euro.
- Al fine di consentire la fruibilità di abitazioni adeguate alle diverse situazioni di disabilità, la stessa priorità prevista per le coppie di nuova formazione è riconosciuta ai nuclei familiari in cui uno dei componenti si trovi in condizioni di disabilità grave ai sensi della legge 104/92 con i seguenti requisiti:
  - reddito familiare non superiore a 35.894 euro;
  - cittadinanza europea o di stato extracomunitario purché in regola con le disposizioni in materia di immigrazione e soggiorno;
  - aver dimorato in Sardegna con residenza anagrafica continuativa da almeno 5 anni;
  - residenza o attività lavorativa in un comune della provincia in cui ha luogo l'intervento;
  - non titolarità di diritto di proprietà, usufrutto uso a abitazione di alloggio adeguato nel territorio della Sardegna nei tre anni precedenti;
  - non aver ottenuto agevolazioni pubbliche.
- L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere finanziamenti ai comuni per la concessione di contributi integrativi di abitazione in locazione

### **POLITICHE SOCIALI**

\* E' autorizzato, nell'anno 2008, lo stanziamento di euro 20.000.000 da trasferire ai comuni, per la realizzazione di interventi di sostegno economico, non superiori a 350 euro mensili a favore di persone e famiglie prive di reddito, in condizioni di accertata povertà, finalizzati prioritariamente all'abbattimento dei costi dei servizi essenziali, quali energia elettrica, gas, acqua, rifiuti solidi urbani. Il sostegno economico è di norma subordinato alla realizzazione di attività lavorative realizzate prioritariamente attraverso cooperative di inserimento lavorativo di tipo B. o direttamente dai comuni.

**NB:** La Giunta regionale individua, sentita la Conferenza Regione- autonomie locali e i soggetti sociali solidali criteri e modalità per l'erogazione del sostegno economico, nonché la soglia ISEE al di sotto della quale si accede alle prestazioni previste.

- E' autorizzata la concessione di un contributo di 60.000 euro a favore del Banco alimentare
- Per l'anno 2008v è autorizzato lo stanziamento di 5.000.000 per la riorganizzazione della rete dei consultori familiari. Le risorse sono destinate a:
  - riqualificazione delle funzioni sanitarie e sociali, dei servizi e degli interventi dei comuni finalizzati al sostegno delle funzioni genitoriali, all'ascolto e alla consulenza educativo-relazionale ai genitori, alla mediazione familiare.
- Per la realizzazione di un piano straordinario a favore dei giovani e degli adolescenti è autorizzato lo stanziamento di 10.000.000 euro destinato a sostenere percorsi di crescita e responsabilizzazione dei giovani ed adolescenti, di partecipazione ad azioni di valenza culturale e sociale, di prevenzione di fenomeni di disagio giovanile e di contrasto a comportamenti a rischio.
- E' autorizzata la spesa di 1.300.000 per la realizzazione di un programma di interventi finalizzati al recupero, alla ristrutturazione ed al completamento di strutture destinate ad accogliere detenute con figli minori di età inferiore a tre anni, detenuti soggetti a misure alternative o ex detenuti, persone con disturbo mentale sottoposte a restrizioni di carattere giudiziario.
- Sono disposti contributi a:
  - Associazioni nazionali di mutilati ed invalidi civili (313.200 euro)
  - Comitato regionale dell'ente nazionale sordomuti (70.200 euro);
  - Unione nazionale mutilati per servizio della Sardegna (euro 48.805);

- Associazione Gesù Nazareno (euro 184.815)

### **PARTECIPAZIONE**

Primi istituti di cittadinanza digitale

La Regione promuove nuove forme di partecipazione dei cittadini alle scelte effettuate nell'interesse collettivo e nuove forme di consultazione della volontà popolare da parte degli amministratori pubblici mediante l'uso di nuove tecnologie.

Pertanto la Regione si impegna ad allestire un apposito portale regionale di servizi internet al quale tutti i cittadini aventi diritto di elettorato attivo possono registrarsi ed accedere ai servizi mediante codice di accesso riservato.

**L.R. 5.3.08, n. 4** – Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2008 e bilancio pluriennale 2008-2011 (BUR n. 9 del 6.3.08)

### **UMBRIA**

**L.R. 26.3.08, n. 4** – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale di previsione 2008 e del bilancio pluriennale 2008/2010. Legge finanziaria 2008 (BUR n. 15 del 28.3.08)

#### **Note**

Le indicazioni di politiche sociali sono invero scarse, e si riferiscono, sostanzialmente alla definizione del fondo per il sostegno alla locazione, con lo stanziamento di euro 1.000.000

**L.R. 26.3.08, n. 5** – Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2008 in materia di entrate e di spese (BUR n. 15 del 28.3.08)

**L.R.27.3.08, n. 6** – Bilancio di previsione annuale per l'esercizio finanziario 2008 e bilancio pluriennale 2008-2011 (BUR n. 15 del 28.3.08)

<b>DIPENDENZE</b>
-------------------

### **CAMPANIA**

**DGR 22.2.08, n. 314** - Criteri di ripartizione del Fondo Lotta alla Droga annualità 2002. L. 45/99.BUR 14 del 7.4.08)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

Per i fondi pervenuti alla Regione Campania, viene ritenuto necessario avviare una progettazione che risponda a criteri di attenzione alla complessità del fenomeno delle dipendenze in Campania in linea con tre indicazioni fondamentali:

Risorse e strategie : le strategie che orientano la distribuzione delle risorse devono mirare a:

a) Avvicinare le risorse ai bisogni dei tossicodipendenti, in particolare ai programmi terapeutici personalizzati.

Le risorse economiche devono servire a costruire opportunità, strumenti, aiuti, per realizzare programmi terapeutici (strategia delle risorse vicine).

b) Costruire nella lotta al fenomeno droghe una "unità di comando" (come già disposto nella deliberazione n. 1910/05). E' necessaria una robusta attività di coordinamento sul territorio assicurata dalla logica dipartimentale che regola i servizi in Campania (deliberazione n. 2136 del 20/06/2003).

c) Aggredire il fenomeno "droghe" con interventi diluiti. Esso, come tutti i fenomeni di massa, richiede una rete di interventi capillari.

Risorse e territorio: il legame tra progettazione e territorio va reso robusto e concreto. I progetti devono essere radicati nei bisogni del territorio. Questo richiede una progettazione per zone omogenee. Le zone omogenee sono agglomerati di paesi con caratteristiche simili in relazione al fenomeno. Le caratteristiche sono: condizioni geografiche, risorse scolastiche, ricreative, lavorative, flussi, piazze di spaccio, aree di consumo, culture, tradizioni, storie.

Risorse e servizi: si vuole dare ai servizi presenti sul territorio la disponibilità economica per attivare piccoli progetti, capaci di accompagnare la persona in programma nel suo percorso di ripresa della propria vita.

La partecipazione dei Ser.T. territoriali, rappresentando in questa fase storica il referente territoriale per

la presa in carico dei tossicodipendenti, diventa centrale e indispensabile ad ogni progettualità.

#### **L'ISTITUZIONE DI UNA COMMISSIONE**

Viene quindi disposto di istituire una Commissione Regionale Consultiva che abbia competenze di carattere prettamente tecnico-specialistico, affidandole esclusivamente la valutazione dei progetti e rimandando per le altre attività, alla competenza del Servizio Tossicodipendenze ed Alcolismo del Settore Interventi a Favore di Fasce Socio Sanitarie Particolarmente Deboli.

#### **LA RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO STATALE**

Alla Regione Campania è stata attribuita da parte dello Stato, per l'annualità 2002, la somma di € 8.991.695,75 con vincolo di destinazione, non ancora impegnata;

Viene quindi ripartita la somma suddetta secondo quanto di seguito specificato;

- 75% pari ad euro 6.743.771,82, per progetti presentati dagli Enti di cui all'art.1 – comma 3 , della L. 45/99 e successive modificazioni in seguito ad emanazione di un Bando di partecipazione;
- 1% pari ad euro 89.916,96, per le spese generali e di gestione del Fondo, nonché per la copertura degli oneri per il funzionamento di valutazione ai cui componenti sarà attribuito un gettone di presenza, per ciascuna seduta, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 24% pari ad euro 2.158.006,98, per attività di formazione e aggiornamento e progetti speciali realizzati dalla Regione Campania.

NB ;

-Con successivo Decreto Dirigenziale si provvederà alla emanazione del Bando per la presentazione dei progetti finanziabili con il 75% del Fondo annualità 2002, pari ad euro 6.743.771,82.

#### **EMILIA ROMAGNA**

**DGR 2.7.07, n. 1005** Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2007/2009 tra la R.E.R. e il coordinamento Enti ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso (BUR n. 58 del 9.4.08)

<b>EDILIZIA</b>
-----------------

#### **EMILIA ROMAGNA**

**DGR 25.2.08, n. 220** - Fondo regionale per l'accesso alle abitazioni in locazione di cui agli artt. 38 e 39 della L.R. n. 24/01 - Presa d'atto del rendiconto da parte dei Comuni della gestione dell'anno 2006 (BUR n. 48 del 26.3.08)

<b>GIOVANI</b>
----------------

#### **ABRUZZO**

**DCR 29.1.08,n. 94/9** - Approvazione delle linee programmatiche di riferimento per le politiche di sostegno all'occupazione giovanile relative al triennio 2007/2009.

#### **VENETO**

**DGR 4.3.04, n. 493** - Azione D dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto. (BUR n. 25 del 25.3.08)

Note

#### **PREMESSA**

- Viene rilevato in premessa che le nuove politiche giovanili disegnate a livello europeo e nazionale presuppongono una contestualizzazione diversa della risorsa "giovani" all'interno dello sviluppo della società.
- A partire dal Libro Bianco della Commissione Europea "un nuovo impulso per la gioventù europea" del 2001, si è cercato di dare spazio al ruolo propulsivo che i giovani possono rivestire in una società

che conosce da una parte accelerazioni enormi dal punto di vista tecnologico, e, contemporaneamente, un progressivo e costante depauperamento numerico delle classi giovani.

- Volendo guardare al mondo giovanile come motore di spinta per il rinnovamento sociale, si è passati dalla fase delle "proposte" a quella dell'ascolto concreto, cercando di attuare politiche che fossero determinate non da discussioni a tavolino, ma dal recepimento reale delle istanze emergenti dal confronto diretto con i giovani e con tutti i soggetti pubblici e privati potenzialmente attivabili nel settore.
- Nel nostro paese questa spinta propulsiva ha portato a livello nazionale all'istituzione, con legge 4 agosto 2006, n. 248, di un Fondo specifico per le Politiche Giovanili con una dotazione pari a 130 milioni di euro per l'anno 2007 e per le due annualità successive e ad un assetto di collaborazione Stato/Regioni, sancito dalle intese della Conferenza Unificata del 14.6.2007 e del 29 gennaio 2008, che stabiliscono una quota di tale Fondo destinata a finanziare attività delle Regioni e delle Province autonome per il triennio 2007/2009, attraverso l'Accordo di Programma Quadro, strumento operativo della programmazione negoziata.
- Il Veneto, con DGR n. 3372/07 ha definito le linee di programma delle Politiche Giovanili Regionali nel Quadro strategico dell'Accordo di Programma Quadro.
- Nell'APQ veneto di particolare rilievo è la sistematizzazione organica delle politiche giovanili, con riferimento anche alle leggi più importanti che riguardano l'ambito giovanile nell'area sociale, attuata mettendo in sinergia interlocutori diversi quali Enti locali, Università, istituti di ricerca, realtà del Terzo Settore, giovani, etc., e costruendo 6 "progetti- azione" (azioni A-F) specifici che valorizzano le capacità creative dei giovani, promuovono l'apertura interculturale, disegnano ed implementano strumenti di crescita attraverso l'informazione e la formazione, pongono attenzione al disagio giovanile per promuovere una cultura attenta alla salute ed al benessere relazionale, rendono i giovani "attori del sociale", attivando e valorizzando esperienze di cittadinanza attiva e partecipazione giovanile.
- Per quanto riguarda, in particolare, la promozione del protagonismo dei giovani l'azione D, intitolata in maniera significativa "l'importanza di esserci", viene a declinare in modo attivo la partecipazione giovanile. Attraverso l'azione D i giovani veneti, che l'APQ definisce "Il futuro della sostenibilità e la sostenibilità del futuro", trovano quel riconoscimento valoriale che costituisce, come sopra evidenziato, il pensiero principale delle politiche giovanili internazionali. Essi possono avere voce per le Istituzioni, e viene loro offerta una occasione concreta per diventare interlocutori imprescindibili per disegnare una "carta valoriale" per le giovani generazioni che investa i valori portanti della società in cui vivono.
- Pertanto così come previsto anche nel Libro Bianco della Commissione europea l'obiettivo è di delineare uno spazio ed un luogo di ascolto delle proposte dei giovani e, allo stesso tempo, un momento di dialogo fra giovani e di incontro con le istituzioni, attraverso un cammino unitario che, partendo dal territorio, riunisce sinergicamente le "forze" istituzionali e private in un cantiere aperto al confronto di tutte le realtà interessate.
- In tale contesto l'azione D si articola, quindi, in steps progettuali che, partendo dalla costruzione condivisa con il mondo giovanile del Forum regionale dei Giovani, attraverso un percorso di sperimentazione sul territorio approvato con D.G.R. n. 2642 del 7.8.2007, e valorizzando e potenziando forme di consultazione a livello locale, confluiscono in un appuntamento a cadenza annuale dove tutti i giovani veneti possano esprimere le loro idee e, allo stesso tempo, traggano importanti occasioni di relazione e confronto diretto con le istituzioni, con personalità di rilievo attive nel mondo della cultura, dell'arte, della scienza e del sociale, con importanti esperienze progettuali.

## **IL PROGRAMMA**

Viene quindi approvato il programma attuativo presentato dall'Osservatorio Regionale Infanzia Adolescenza Giovani e Famiglia - Azienda Ulss n. 3 di Bassano del Grappa (VI) - di cui all'**allegato A**) che definisce le linee di sviluppo dell'Azione D, in aderenza a quanto indicato nell'Accordo di programma Quadro "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto", affidandone la gestione all'Osservatorio sopraccitato.

## INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

### \* COMUNE DI LIVORNO

**DISPOSIZIONE 21 febbraio 2008, n. 15940 Accordo di programma per lo sviluppo della programmazione integrata del PIS della Zona Livornese.**

#### Note

#### PREMESSA

La complessa problematica dell'integrazione sociosanitaria è paradigmatica della assoluta difficoltà che incontrano i cittadini nella ricerca di una risposta adeguata in termini di completezza, adeguatezza, economicità, soddisfacibilità alle loro legittime aspettative di fruire di servizi civili e coordinati in rapporto ai loro bisogni sociosanitari.

Mentre le Regioni nella loro prima fase di avvio delle politiche integrate socio-sanitarie organizzate sul territorio attraverso i consorzi socio-sanitari hanno realizzati interventi e servizi adeguati, con il DPCM 8 agosto 1985 il governo dell'epoca ha in effetti brutalmente e cinicamente interrotto il processo di integrazione fra i servizi e interventi sanitari e sociali, provocando una verticalizzazione dei servizi sanitari (di competenza delle ASL) e sociali (di competenza dei comuni), con conseguenze deleterie per i cittadini.

Lo stesso DPCM 14 febbraio 2001, relativo all'integrazione socio-sanitaria, e la legge 328/00 hanno cercato comunque di superare le difficoltà e gli ostacoli posti dal citato DPCM dell'8 agosto 2005, e in particolare sono state le Regioni Emilia Romagna e Toscana che hanno, attraverso lo strumento degli accordi di programma (previsti dal d.lgs 267/00) avviato organiche politiche territoriali di integrazione socio-sanitaria. Si riporta pertanto il testo dell'accordo di Programma in oggetto, che si ritiene possa costituire un valido esempio di organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territori.

#### I PRESUPPOSTI NORMATIVI

- Legge regionale 24 febbraio 2005 n.41 "sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", sostitutiva della L.R. n. 72/1997 di riordino dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari integrati;
- Legge Regionale n. 40 del 24 febbraio 2005, ad oggetto la nuova disciplina del Servizio Sanitario Regionale;
- Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010;
- Piano Sanitario Regionale 2005-2007, attualmente in corso di aggiornamento per il triennio 2008-2010;
- DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", come recepito dall'Allegato 3 del PSR;
- DGR n. 682 del 12 luglio 2004 "Linee Guida per la formazione dei Piani Integrati di Salute".

#### I PRESUPPOSTI FUNZIONALI

- L' Accordo di Programma per l'attuazione degli interventi di integrazione socio-sanitaria della Zona Livornese, come approvato con proprio Atto e pubblicato sul B.U.R.T. 6-4-2005 n. 14 in conformità con le disposizioni di cui all'art. 34 del D.lgs 267/00 "TU sull'ordinamento degli enti locali", vincolante gli enti firmatari per il triennio 2005-2007 è giunto alla sua scadenza naturale;
- La citata Legge Regionale n.41/2005, prevede che l'attuazione in forma integrata e coordinata delle attività di integrazione socio-sanitaria ed il loro coordinamento con le attività sanitarie sia regolata da

apposito Accordo, in funzione della costruzione di un sistema di responsabilità condivise tra i soggetti istituzionali e sociali;

- Nell'ambito della Conferenza di programmazione zonale, il Comune di Livorno, in qualità di Comune Capofila dell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci, ha preso l'iniziativa per ricevere la disponibilità degli altri soggetti istituzionali interessati al rinnovo dell'Accordo di Programma per l'implementazione del PIS zonale e l'attuazione dei relativi interventi di integrazione socio-sanitaria e il suddetto Comune assume il ruolo di capofila per la realizzazione dell'Accordo medesimo;

\* La Legge Regionale 26 settembre 1996 n. 76 "disciplina degli Accordi di Programma e delle Conferenze di servizi" prevede che, nel caso specifico, l'Accordo di Programma debba essere formalmente Approvato con Atto del Sindaco del Comune di Livorno, in quanto Ente capofila;

\* Viene quindi sottoscritto l'Accordo di Programma per l'attuazione degli interventi di integrazione socio-sanitaria della Zona livornese, sottoscritto da tutti gli enti interessati ed allegato al presente Atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

### **L'APPROVAZIONE**

Viene approvato l'Accordo di Programma per l'implementazione del Piano Integrato di Salute locale e l'attuazione della relativa programmazione annuale, sottoscritto dai Comuni Associati di Livorno, Collesalveti e Capraia Isola e dall'Azienda USL 6, come allegato e parte integrante e sostanziale del presente Atto, incaricando di procedere alla relativa pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi della vigente normativa.

### **ACCORDO DI PROGRAMMA PER LO SVILUPPO DELLA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA DEL PIS**

Art. 1 Enti interessati all'Accordo di Programma

Alla stesura dell'Accordo di Programma prendono parte, mediante i propri rappresentanti legali, il Comune di Capraia Isola, il Comune di Collesalveti, il Comune di Livorno, l'Azienda sanitaria locale USL 6.

Per la realizzazione dell'Accordo di Programma, assume il ruolo di capofila il Comune di Livorno, in quanto Comune che, mediante i competenti organi di governo, presiede l'Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci dei Comuni ricompresi nella Zona-Distretto livornese.

Art. 2 Finalità dell'Accordo di Programma

Gli enti firmatari del presente Accordo di Programma intendono promuovere l'ulteriore sviluppo del PIS e favorire l'implementazione, l'attuazione e il monitoraggio della relativa programmazione operativa annuale in coerenza con la pianificazione strategica e i programmi attuativi del Piano Integrato di Salute triennale di cui alla Deliberazione CdS zonale 28/2/2006 n. 1 e successivi aggiornamenti annuali.

A tal fine gli enti firmatari del presente Accordo di programma si impegnano a mettere a disposizione, le risorse necessarie, come individuate dallo stesso Piano Integrato di Salute ai sensi del successivo art. 7, nonché a consolidare e promuovere le necessarie modalità di integrazione funzionale ed organizzativa nelle more dell'istituzione legislativa delle SdS di cui alla Comunicazione GRT 6/8/2007 ed in conformità con la normativa attualmente vigente in materia di Piano Integrato di salute.

Art. 3 Oggetto

L'Accordo ha ad oggetto la definizione le modalità di coordinamento tecnico e organizzativo delle strutture direzionali e gestionali dell'A.USL e dei Comuni associati atte a promuovere l'implementazione del processo di programmazione unitaria ed integrata delle attività di assistenza sociale, assistenza socio-sanitaria di cui all'allegato 3 del PSR e assistenza sanitaria territoriale.

Art. 4 Responsabilità

Per gli impegni assunti con il presente Accordo di Programma e per gli effetti che ne derivano per il cittadino utente, vengono individuati 3 diversi livelli di responsabilità:

- Il livello delle responsabilità istituzionali e di governo, individuato nei sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito territoriale della Zona-Distretto, come rappresentati nell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci, e nel Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale;

- Il livello delle responsabilità direzionali e organizzative, afferenti alla dirigenza delle strutture gestionali di riferimento per quanto di competenza degli enti interessati, e specificatamente:

- Le strutture organizzative della Zona-Distretto dell'Azienda USL per le attività afferenti al macrolivello dell'assistenza territoriale - L'Istituzione per i servizi alla persona del Comune capofila, quale struttura resp. della gestione associata dei servizi di competenza comunale e delle attività di integrazione socio-sanitaria affidate alla gestione della stessa Istituzione;

- Il livello delle responsabilità operative-professionali, individuato negli operatori sociali e sanitari responsabili della presa in carico e del conseguente percorso assistenziale individualizzato.

#### Art. 5 Durata

Il presente Accordo di Programma ha durata annuale e vincola gli enti interessati a far data dalla sottoscrizione dell'Atto.

La durata dell'Accordo di Programma si intende comunque estensibile e prorogabile, mediante apposito atto espresso, fin no all'adozione dell'Atto costitutivo e dello Statuto della istituente Società della Salute.

Art. 6 Ambito di applicazione Il presente accordo di Programma si applica al sistema d'offerta dei servizi e delle prestazioni di assistenza sociale, assistenza socio-sanitaria di cui all'all. 3 del PSR e assistenza sanitaria territoriale.

Nel periodo di vigenza dell'Accordo gli enti firmatari si impegnano a favorire ogni condizione necessaria ad estendere la pianificazione strategica e la programmazione pluriennale ed annuale del PIS, alle attività di assistenza sanitaria territoriale della Zona Distretto, ampliando l'ambito della programmazione del PIS zonale, fino ad oggi limitato alle attività di assistenza sociale e sociosanitaria, come individuate e codificate dallo stesso PIS in corrispondenza delle diverse aree di programmazione.

L'estensione dell'ambito di programmazione del PIS si realizza sulla base della rilevazione sistematica dell'offerta di servizi e prestazioni di assistenza territoriale erogati ai cittadini della zona-distretto e dei relativi costi di produzione, diretti e indiretti.

#### Art. 7 Responsabilità finanziarie

Gli enti firmatari concorrono all'attuazione degli atti di programmazione zonale rendendo disponibili, per quanto di rispettiva competenza, le risorse necessarie alla realizzazione della programmazione operativa annuale come indicate e quantificate dal relativo Piano finanziario annuale in sede di aggiornamento del PIS, sulla base dei costi dei servizi e delle attività di cui all'art. 6 ed entro i limiti della disponibilità complessiva risultante dalle specifiche destinazioni dei Bilanci dei singoli Comuni associati (quote associative) e dal documento di riclassificazione delle risorse aziendali impiegate per zona-Distretto di cui all'art. 120 c. 5 della LR 40/2005

#### Art. 8 Criteri di accesso e compartecipazione dei cittadini

I criteri di accesso e compartecipazione al costo delle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie territoriali di competenza comunale, afferenti alle aree di intervento di cui all'art. 6, sono disciplinati dal Regolamento Unico adottato dai Comuni associati al fine di promuovere l'omogeneità e l'equità del sistema d'accesso nell'ambito territoriale della zona-distretto.

In funzione di principi equitativi ed in coerenza con il principio dell'universalismo selettivo, il suddetto regolamento unico individua i criteri di accesso alle prestazioni e l'entità della compartecipazione economica commisurandoli alla situazione economica equivalente (ISEE) del cittadino utente, calcolata sulla base del sistema unico di valutazione della situazione economica per l'accesso a prestazioni agevolate di cui al D.lgs n.109/98 e successive modifi che e integrazioni.

Gli introiti derivanti dal concorso degli utenti al costo delle prestazioni costituiscono quota-parte delle risorse finanziarie rese disponibili dal Comune di residenza anagrafica del cittadino-utente.

#### Art. 9 Integrazione delle responsabilità istituzionali

1. Per il perseguimento delle finalità di cui al presente Accordo ed al fi ne di promuovere la necessaria

integrazione a livello delle responsabilità istituzionali di cui al precedente art. 4, il Direttore Generale dell'Azienda USL partecipa alle riunioni e alle decisioni della Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci limitatamente all'esercizio delle funzioni attribuite dalla Legge alla stessa Conferenza in materia di assistenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria territoriale, con particolare riferimento alla pianificazione strategica, il controllo direzionale e la programmazione attuativa per l'ambito territoriale della zona-distretto previste dal presente accordo di programma.

2. Per gli scopi di cui al comma 1, al Direttore Generale dell'azienda USL 6 è attribuito diritto di voto limitatamente alla adozione degli atti di cui al comma successivo. Le Deliberazioni inerenti tali Atti sono assunte comunque in conformità con il Regolamento disciplinante il funzionamento della CdS zonale e con il voto favorevole del Direttore Generale dell'Azienda USL.

3. Compete alla CdS, zonale integrata dal DG A.USL ai sensi del comma precedente l'assunzione dei seguenti Atti fondamentali:

- Costituzione e nomina dei responsabili e dei componenti delle strutture integrate di coordinamento e condotta di cui agli artt. 11 e 12 del presente Accordo di Programma;
- Approvazione della relazione sullo stato di salute del territorio (Profilo di salute) e dei relativi aggiornamenti;
- Definizione degli indirizzi per la predisposizione della programmazione attuativa del Piano integrato di Salute
- Approvazione del PIS e dei relativi aggiornamenti annuali
- Approvazione della Relazione consuntiva annuale delle attività di zona distretto;

4. Ogni Deliberazione assunta dalla CdS zonale integrata ai sensi del presente articolo è recepita dai competenti organi di direzione delle strutture gestionali di riferimento di cui al precedente art. 4.

5. Al funzionamento della CdS Zonale così integrata, si applica per il resto il vigente Regolamento della CdS.

6. Nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, la CdS zonale si avvale dell'assistenza tecnica della Cabina di Regia di cui al successivo art. 9

Art. 10 Rapporto programmazione-gestione

1. Ferma restando l'attuale titolarità delle responsabilità gestionali dei servizi e delle attività di cui al precedente art. 6, in via sperimentale e per il periodo di durata dell'accordo, in sede di aggiornamento annuale del PIS, la costruzione del Programma operativo annuale e la connessa negoziazione con i CdR aziendali e dell'istituzione coinvolti nel processo si svolge in forma congiunta, nelle forme e nelle sedi unitarie stabilite dalla cabina di regia di cui al successivo art. 11, con il supporto della preposta struttura integrata di programmazione.

Art. 11 Modalità di coordinamento tecnico e integrazione organizzativa

1. Per le finalità di cui al presente Accordo di Programma, l'Azienda USL e i Comuni firmatari si impegnano a costituire e, là dove già costituite, a rinnovare le strutture organizzative integrate di coordinamento e supporto tecnico ai processi programmatori e partecipativi di seguito indicate:

- **La cabina di regia** (gruppo tecnico ristretto di coordinamento e condotta), con funzioni di assistenza tecnica all'esercizio delle funzioni istituzionali e di governo proprie della Conferenza dei Sindaci zonale e di coordinamento delle funzioni direzionali proprie delle strutture gestionali di riferimento;
- **La struttura tecnica integrata di programmazione** (già Ufficio Unico di Piano), con funzioni di supporto alle attività di programmazione e alle connesse attività di controllo, valutazione e monitoraggio.
- **I gruppi integrati di responsabilità**, quali gruppi tecnici di lavoro, di interfaccia con la struttura tecnica integrata di programmazione e di raccordo tra i CdR Aziendali e Comunali coinvolti nell'attuazione del PIS ed operanti nei settori di attività afferenti alle aree omogenee di bisogno/intervento di seguito indicate:

- 1) Area povertà e marginalità sociale
- 2) Area infanzia e responsabilità familiari
- 3) Area Anziani
- 4) Area Disabilità

5) Area Salute mentale

6) Area dipendenze

2. Gli enti firmatari concorrono ad assicurare il funzionamento dei gruppi di lavoro e delle infrastrutture di coordinamento e supporto tecnico previste dal presente accordo di programma mediante forme di avvilimento reciproco da definirsi mediante specifico accordo da adottarsi ad integrazione e completamento del presente Accordo di programma entro 2 mesi dalla relativa sottoscrizione;

3. Per l'approfondimento e lo sviluppo di tematiche specifiche (ex costruzione Profilo di salute e sistemi di valutazione) gli enti firmatari concorrono altresì a costituire gruppi di lavoro tematici composti dalle professionalità di volta in volta interessate. La costituzione dei suddetti gruppi di lavoro è approvata con Deliberazione della CdS ed è connessa alla realizzazione di obiettivi strategici e innovativi previsti dal PIS.

Art. 12 composizione e modalità di costituzione delle strutture integrate di Condotta e coordinamento tecnico

1. Il gruppo tecnico ristretto di coordinamento e condotta (cabina di regia) di cui al precedente art. 11 è costituito da:

- Il Direttore di Zona Distretto dell'azienda USL 6

- Il direttore dell'Istituzione per i servizi alla persona del Comune capofila (già direttore della gestione associata)

- Il responsabile della struttura tecnica integrata di programmazione di cui al precedente art. 11, individuato e nominato con le modalità e secondo i criteri di cui al comma 6.

2. La struttura tecnica integrata di programmazione (ex Ufficio unico di Piano) di cui al precedente art. 11 è una struttura organizzativa stabile di supporto tecnico alla formazione, all'implementazione e allo sviluppo del PIS e alla gestione delle diverse fasi del processo di programmazione e dei connessi processi partecipativi.

3. La struttura tecnica integrata di programmazione è costituita da un nucleo organizzativo stabile composto dal personale dipendente assegnato funzionalmente dall'Azienda USL e dai Comuni o appositamente reclutato mediante forme di collaborazione esterna previste dalla legge.

4. In conformità con le vigenti disposizioni di indirizzo regionale (p.4 all. n.2 DGRT 269/2004),

nell'organigramma della struttura tecnica integrata di programmazione è in ogni caso assicurata la presenza stabile di esperti con comprovate esperienze e competenze professionali in materia di:

- Programmazione e analisi di politiche sociali e sanitarie

- budgeting e controllo di gestione

- sistemi informativi

- Comunicazione e mediazione territoriale

Nella struttura tecnica integrata di programmazione è altresì assicurata la presenza di un coordinatore sanitario e del coordinatore sociale unico di cui al successivo art. 13.

5. In occasione del supporto alle fasi di pianificazione strategica preliminari alla predisposizione della programmazione annuale del PIS, la struttura organizzativa stabile si avvale dell'apporto dai coordinatori dei gruppi integrati di responsabilità di cui al precedente art. 11.

6. La costituzione e la nomina dei componenti del nucleo organizzativo stabile sono approvate con Deliberazione della CdS Zonale nella composizione integrata e con le modalità di cui al precedente art. 9, sentiti i Direttori di zona Distretto e dell'Istituzione.

Il responsabile della struttura tecnica integrata di programmazione è in ogni caso individuato, nelle forme e con le modalità di cui al precedente art. 11, tra i dirigenti e/o titolari di posizioni organizzative della A.USL o del Comune capofila dotati di adeguate esperienze, professionalità e competenze tecniche in materia di programmazione sociale e sanitaria e fa parte della cabina di regia.

7. I coordinatori e i componenti dei Gruppi integrati di responsabilità sono nominati con Deliberazione della CdS nella composizione integrata e con le modalità di cui al precedente art. 9, tra i Responsabili U.F.

Aziendali e i Resp. di posizioni organizzative dell'Istituzione titolari di responsabilità gestionali e organizzative relative ad attività afferenti alle aree di bisogno/intervento di cui al precedente art. 11.

8. I coordinatori dei gruppi integrati di responsabilità coincidono di norma con i componenti dell'Ufficio di coordinamento di Zona Distretto di cui all'art. 64 c.5 lett. E della LR 40/2005, come integrato ai sensi dell'art. 13 del presente accordo di Programma con le analoghe figure di coordinamento delle attività di assistenza sociale gestite dai Comuni associati mediante istituzione.

I coordinatori dei gruppi integrati di responsabilità concorrono a promuovere il processo di programmazione, attuazione e monitoraggio del PIS partecipando all'attività della preposta struttura di coordinamento e supporto tecnico e concorrendo alla gestione dei connessi processi partecipativi.

9. Ove necessario, gli atti di nomina sono recepiti dalla Direzione generale Aziendale e dal Direttore dell'Istituzione mediante appositi atti interni.

Art. 13 Riorganizzazione unitaria delle attività di assistenza sociale professionale.

1. Al fine di promuovere l'integrazione organizzativa e operativa delle attività di assistenza sociale e socio-sanitaria afferenti alle strutture gestionali di riferimento, gli enti firmatari del presente Accordo di programma assicurano la riorganizzazione delle attività di assistenza sociale professionale della Zona-Distretto garantendo l'unitarietà del relativo coordinamento tecnico-organizzativo degli assistenti sociali e degli altri profili professionali interessati ad un unico responsabile.

2. Il Responsabile Unico del coordinamento, d'ora in poi denominato Coordinatore sociale Unico, è nominato con Deliberazione della CdS nelle forme integrate e con le modalità di cui all'art. 7, sentito il Responsabile della Zona-Distretto e il Direttore dell'Istituzione, tra i dipendenti della A.USL e dell'Istituzione in possesso delle necessarie competenze tecniche ed esperienza professionale.

Il suddetto Coordinatore sociale unico assicura:

- il coordinamento professionale e tecnico del personale volto ad assicurare modalità operative omogenee ed uniformi di svolgimento delle attività di valutazione del bisogno e presa in carico (sociale o multiprofessionale).
  - l'operatività per settori del personale interessato con conseguente emanazione di disposizioni di natura organizzativa inerenti la proiezione funzionale del medesimo personale nei servizi afferenti alle aree omogenee di intervento di cui al precedente art. 11, di norma corrispondenti a predefiniti percorsi assistenziali.
  - Il raccordo con il servizio di segretariato sociale e i punti unici di accesso costituiti presso i Centri socio-sanitari territoriali del Distretto.
  - La partecipazione diretta alle attività della struttura integrata di programmazione di cui al precedente art. 11 ed il concorso del personale coordinato alle attività dei gruppi integrati di responsabilità di cui al medesimo art. 11.
  - l'alimentazione, per quanto di competenza, del Sistema Informativo condiviso dai Comuni associati e dall'Azienda USL, ai fini della soddisfazione delle necessità informative della Zona Distretto;
  - la partecipazione alle riunioni del Dipartimento di Assistenza Sociale della ASL.
3. Il coordinatore sociale Unico è membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento del Distretto di cui all'art. 64 della LR 40/2005, come eventualmente integrato ai sensi dell'art. 37 lett. 5 della LR 41/2005 e fa parte della struttura integrata di programmazione di cui al precedente art. 11.

Art. 14 Strumenti e infrastrutture di partecipazione

Gli enti firmatari si impegnano a promuovere lo sviluppo delle necessarie infrastrutture di partecipazione promuovendo l'organizzazione dei processi partecipativi della cittadinanza attiva ed il relativo ancoraggio alle diverse fasi del processo programmatico.

A tale scopo gli enti firmatari concorrono ad assicurare l'implementazione del "sistema dei Tavoli di partecipazione", come disciplinato dal Regolamento approvato dalla CdS, nonché a promuovere l'aggiornamento del suddetto regolamento in funzione del graduale adeguamento alle esigenze connesse allo sviluppo della programmazione per obiettivi di salute.

Gli Enti firmatari si impegnano altresì ad assicurare l'unificazione delle sedi e delle modalità di concertazione con le OO.SS. e con le organizzazioni di categoria per quanto concerne la programmazione del PIS.

Art. 15 Modalità di integrazione operativa e professionale.

Ai fini della miglior integrazione operativa e professionale, le strutture gestionali di riferimento definiscono mediante appositi protocolli operativi le modalità di svolgimento in forma integrata e coordinata delle attività finalizzate ad assicurare l'accesso e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi oggetto del presente accordo di programma (riorganizzazione percorsi assistenziali) avvalendosi dei gruppi integrati di responsabilità di cui al precedente art. 11.

I suddetti Protocolli operativi, sono approvati con Deliberazione della CdS zonale nelle forme e con le modalità di cui al precedente art. 9, su proposta della cabina di regia di cui al precedente art. 11.

Nei casi in cui si renda necessario il concorso di più professionalità alla valutazione del bisogno e alla conseguente definizione del progetto assistenziale individualizzato (valutazione multidimensionale e presa in carico multiprofessionale), i suddetti protocolli operativi individuano la figura professionale responsabile dell'attivazione dei progetti assistenziale individuale e le modalità di individuazione del case-manager.

Art. 16 Priorità

Nel periodo di vigenza del presente accordo di programma, gli enti firmatari si impegnano prioritariamente a:

- Promuovere l'integrazione dei flussi e dei sistemi informativi in uso.
- Definire il Profilo di Salute quale riferimento per l'avvio del nuovo ciclo di programmazione e base di lavoro per l'implementazione di un sistema condiviso di valutazione e monitoraggio degli interventi programmati in rapporto allo stato di salute del territorio
- Dare attuazione al progetto di Implementazione del sistema unitario di accesso, articolato territorialmente in punti unici di accesso (PUA) localizzati nei Centri sociosanitari della Zona-Distretto, come approvato nell'ambito del PIS 2005-2007
- promuovere la riorganizzazione integrata ed unitaria dei percorsi assistenziali e le connesse modalità di valutazione multidimensionale dei bisogni complessi;
- promuovere l'implementazione e lo sviluppo del sistema di partecipazione di cui al vigente Regolamento zonale.
- definire ed attuare, nell'ambito del PIS 2008-2010, il Programma di sviluppo locale del progetto regionale di assistenza continuativa della persona non autosufficiente avviando la sperimentazione della gestione del fondo unico per la non autosufficienza in coerenza con le linee di indirizzo regionali.

Art. 17 Obbligo di Informazione reciproca

Gli Enti firmatari del presente Accordo di Programma si impegnano a trasmettere tempestivamente ogni informazioni e dato richiesto alla Conferenza dei Sindaci.

Gli Atti di organizzazione interna degli enti gestori di riferimento (Istituzione e A.USL 6) che interessano l'ambito di applicazione del presente Accordo di programma sono preventivamente Comunicati alla CdS zonale integrata dai competenti organi di Direzione ai fini dell'espressione del parere della stessa Conferenza.

Art. 18 Controversie

Ciascuno degli enti firmatari può rilevare eventuali irregolarità e inadempienze degli obblighi derivanti dal presente accordo mediante contestazione in forma scritta, da cui risultino i motivi di prova, all'Ente risultato inadempiente, portandola contestualmente a conoscenza di tutti gli enti interessati.

La soluzione di eventuali controversie derivante dall'interpretazione del presente Accordo o da inadempimenti e inosservanze degli impegni assunti dagli enti firmatari è demandata ad un collegio arbitrale costituito da 3 rappresentanti, di cui 1 nominato dal Comune Capofila, 1 dall'AUSL e il terzo di comune accordo, o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Livorno.

Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa di uno degli enti firmatari.

<b>MINORI</b>
---------------

**LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/540** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: incentivazione delle adozioni e degli affidi (BUR n. 13 del 25.3.08)

**Note**

Premesso che:

- il diritto del minore a vivere in famiglia è sancito dalla legge 184/83 e s.m.i.;
- occorre operare affinché tale diritto diventi esigibile;

Considerato che la rete delle unità di offerta deve sostenere l'impegno delle famiglie di origine e delle famiglie affidatarie ed adottive, in particolare quando accolgono un adolescente o un minore con disabilità;

Invita la Giunta regionale

Ad operare affinché siano potenziate le unità di offerta rivolte a sostenere la famiglia di origine e, ove non possibile, a sostenere l'affidamento familiare o l'adozione del minore, aiutando in particolare le famiglie che accolgono adolescenti o minori con disabilità.

**UMBRIA**

**DD 22.2.08, n. 1054** – Sistema regionale integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia  
Approvazione modulistica e procedure (BUR n. 13 del 19.3.08)

**Note**

La L.R. 30/05 "Sistema integrato dei servizi per la prima infanzia" e il successivo regolamento 13/08 prevede l'obbligo da parte dei comuni di una sollecita trasmissione al Sistema informativo regionale di dati concernenti i minori e viene di seguito indicata la procedura da seguire:

- Il comune competente acquisisce dal soggetto che richiede l'autorizzazione all'istituzione ed al funzionamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, i dati comprovanti il possesso dei requisiti necessari e li trasmettono al Sistema informativo sociale regionale.
- Il Comune trasmette al Sistema Informativo sociale regionale, entro il 28 febbraio di ogni anno, i seguenti dati di consuntivo relativi ai servizi socio-educativi per la prima infanzia, pubblici e privati autorizzati al 31 dicembre dell'anno precedente:
  - a) dati individuali inerenti le bambine e i bambini e le famiglie;
  - b) numero delle bambine e dei bambini effettivamente frequentanti con riferimento ai diversi mesi di apertura del servizio;
  - c) numero degli operatori impiegati, distinti in educatori ed operatori ausiliari e relativi titoli di studio posseduti;
  - d) periodo di apertura e costo totale del servizio a carico dell'ente titolare e/gestore del servizio;
  - e) ammontare della retta mensile a carico delle famiglie.

**TRENTO**

**DPGP 12.2.08, n. 4** – Regolamento di esecuzione dell'art. 28 bis della L.P. 14/91 (Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento), concernente l'anticipazione dell'assegno di mantenimento a tutela dei minori (BUR n. 11 dell'11.3.08)

**Note:**

Il regolamento disciplina l'erogazione anticipata delle somme destinate al mantenimento dei minori non corrisposte dal genitore obbligato nei termini e nelle condizioni stabilite dall'autorità giudiziaria.

Condizioni per l'erogazione anticipata dell'assegno di mantenimento

- a) esistenza di un titolo esecutivo, fondato su un provvedimento dell'autorità giudiziaria italiana o di un altro Stato, che stabilisce l'importo e le modalità di contribuzione al mantenimento da parte del genitore obbligato;

- b) l'esistenza di un atto di precetto ritualmente notificato, non ottemperato nel termine di dieci giorni, o della sentenza dichiarativa del fallimento delle imprese, costituite in forma diversa dalla società di capitali, di cui è titolare l'obbligato al mantenimento;
- c) la minore età del figlio destinatario dell'assegno;
- d) la surroga della Provincia da parte del richiedente l'anticipazione nei suoi diritti nei confronti dell'obbligato, ai sensi dell'art. 1201 del codice civile.

#### Surrogazione

L'erogazione dell'assegno in via anticipata comporta, ai sensi dell'art. 1201 del codice civile, il trasferimento in capo alla Provincia del diritto di credito nei confronti del genitore obbligato al mantenimento, in misura degli importi erogati al beneficiario;

Il richiedente deve rilasciare espressa dichiarazione della surroga della Provincia e darne comunicazione all'obbligato con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;

La Provincia riscuote dal genitore obbligato al mantenimento le somme erogate in via anticipata e gli interessi maturati;

Gli adempimenti maturati cui gli enti gestori sono tenuti ai fini di consentire il recupero, da parte della Provincia, delle somme erogate, sono disciplinati con deliberazione della Giunta provinciale.

#### Requisiti del richiedenti

Il genitore o altro soggetto affidatario può richiedere l'erogazione anticipata dell'assegno di mantenimento purché in possesso dei seguenti requisiti:

- a) appartenenza al medesimo nucleo familiare del minore, secondo l'art. 4 del DPR 223/89. A tale nucleo familiare non può appartenere il genitore obbligato al mantenimento;
- b) residenza in provincia di Trento;
- c) condizione economica del nucleo familiare di appartenenza non superiore al valore di 0.19 dell'ICEF (indicatore situazione economica familiare) secondo le modalità di accertamento della situazione economica;
- d) le condizioni e i requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione per l'intera durata dell'erogazione dell'anticipazione dell'assegno, fatta salva la decorrenza e la durata della prestazione.

#### Modalità di accertamento della situazione economica

Per la valutazione della condizione economica del nucleo familiare del richiedente si applica il modello riguardante il sistema esperto di cui all'art. 6 della L.P. 3/93 (Norme per la valutazione della condizione economica dei soggetti richiedenti interventi agevolativi).

Ancorché il ICEF sia superiore al valore dello 0,19, qualora si siano verificati eventi che pregiudicano gravemente la condizione economica del nucleo, l'ente gestore può comunque ammettere al beneficio i richiedenti nei cui confronti sia accertata la sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al sussidio economico mensile a fonte dell'insufficienza del reddito familiare in rapporto alle esigenze minime vitali previsto dall'art. 24 L.P. 14/91.

#### Ente erogante e modalità di erogazione

L'anticipazione dell'assegno di mantenimento è erogata dagli enti gestori delegati all'esercizio delle funzioni socio-assistenziali.

La domanda per ottenere l'anticipazione dell'assegno di mantenimento è presentata all'ente gestore territorialmente competente con la dovuta documentazione e il possesso dei requisiti necessari.

In caso di esito favorevole dell'istruttoria, l'ente gestore adotta il provvedimento di concessione dell'anticipazione dell'assegno, determinandone l'ammontare.

L'efficacia del provvedimento di concessione è subordinata alla presentazione della dichiarazione di surroga e della documentazione attestante l'avvenuta spedizione della lettera raccomandata.

L'anticipazione dell'assegno viene erogata mensilmente.

#### Documentazione

La domanda è corredata dalla seguente documentazione:

- a) titolo esecutivo;
- b) atto di precetto o di sentenza dichiarativa del fallimento;
- c) certificazioni anagrafiche concernenti la residenza e lo stato di famiglia;
- d) attestazione dell'ICEF.

NB: In luogo della produzione della documentazione suddetta il richiedente può avvalersi delle dichiarazioni di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/00.

#### Mediazione

L'ente gestore attiva un intervento di mediazione fra il richiedente l'anticipazione dell'assegno e il genitore tenuto al mantenimento del minore, allo scopo di individuare soluzioni alternative all'erogazione anticipata dell'assegno di mantenimento.

#### Ammontare della prestazione

L'assegno è anticipato dall'ente gestore in misura pari alla somma stabilita dal titolo giudiziario e comunque non superiore alla quota mensile di 290,00 euro per un minore.

Nel caso di presenza nello stesso nucleo di più minori interessati alla corresponsione dell'assegno, l'importo complessivo massimo erogabile viene determinato applicando alla quota mensile sopra indicata la scala di equivalenza prevista dalle deliberazioni attuative dell'art. 3 della L.P. 3/93, riferita al numero di minori destinatari del beneficio.

Nel caso di pagamento parziale dell'assegno di mantenimento da parte del genitore obbligato. L'ammontare della prestazione è corrispondentemente ridotto.

La Giunta rivaluta annualmente l'importo massimo sopra indicato in base all'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati.

#### Decorrenza e durata della prestazione

Il diritto all'anticipazione dell'assegno di mantenimento decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.

L'anticipazione dell'assegno ha la durata massima di dodici mesi, e può essere rinnovato fino alla maggiore età del minore, previa presentazione della domanda.

#### NB: Il venir meno delle condizioni e dei requisiti

Deve essere comunicato all'ente gestore entro quindici giorni dal verificarsi

L'ente gestore con cadenza almeno annuale provvede ad effettuare controlli a campione.

#### Sospensione e decadenza dalla prestazione

L'erogazione dell'assegno viene sospesa d'ufficio:

- se in sede di verifica il beneficiario, senza giustificato motivo, non fornisce gli elementi informativi richiesti dall'ente erogante entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta stessa;
- per i mesi in cui il genitore obbligato ottempera al suo obbligo di versamento dell'assegno di cura almeno pari alla somma da erogarsi con l'anticipazione.

Il diritto alla prestazione decade:

- se entro tre mesi dalla data di comunicazione al beneficiario della sospensione il medesimo non provvede:
  - a) a presentare gli elementi comprovanti la persistenza delle condizioni e dei requisiti necessari;
  - b) se è comunque accertato il venir meno delle condizioni e dei requisiti richiesti.

Il beneficiario è tenuto alla restituzione, con la maggiorazione della quota di interessi legali maturati, di tutti gli importi percepiti a decorrere dall'ultimo provvedimento di concessione.

#### Adempimenti attuativi

Con deliberazione la Giunta provinciale definisce:

- i criteri e i parametri per l'accertamento dell'ICEF relativo alla domanda di anticipazione dell'assegno di mantenimento;
- gli adempimenti cui gli enti gestori sono tenuti ai fini di consentire il recupero, da parte della Provincia, delle somme erogate.

<b>PARI OPPORTUNITA'</b>
--------------------------

**ABRUZZO**

**DGR 11.02.08, n. 92** - Legge Regionale 16/12/2005 n. 40, art. 8 ' Comitato di esperti - Modifica parziale DGR 1509/2006 - Sostituzione Rappresentante della Commissione Pari Opportunità.

<b>PERSONE DIVERSAMENTE ABILI</b>
-----------------------------------

**LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/553** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: definizione delle linee di intervento e delle risorse per la realizzazione dei piani individualizzati in particolare per le persone con disabilità (BUR n. 13 del 25.3.08)

**DCR 28.2.08,n. VIII/554** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: attuazione della Legge 328/00 e assistenza alle persone affette da disabilità grave (BUR n. 13 del 25.3.08)

**VENETO**

**DGR 26.2.08,n. 422** - Convenzione Internazionale dei Diritti delle Persone con disabilità. Promozione di attività di sensibilizzazione, informazione, formazione finalizzata a una nuova cultura sulla disabilità. (BUR n. 24 del 18.3.08)

**Note:****PREMESSA**

- La Carta delle Nazioni Unite, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e le successive Convenzioni giuridiche internazionali in materia, pongono il principio del riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana, dei loro diritti eguali e inalienabili, a fondamento della giustizia, della libertà e della pace nel mondo.
- L'articolo 1 della Dichiarazione universale proclama che "tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti";
- l'articolo 2 specifica che ad ogni essere umano spettano tutti i diritti e le libertà fondamentali "senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione".
- La Carta dei diritti fondamentali dell'UE all'art. 21 stabilisce che "*è vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata sul sesso, la razza ..., la disabilità ...*" e all'art. 26 che "*l'Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantire l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità*".
- La persona con disabilità, in quanto persona:
  - è titolare di tutti i diritti e delle libertà fondamentali riconosciuti dal vigente Diritto internazionale, oltre che dalle Costituzioni democratiche;
  - ha diritto a realizzare pienamente la propria personalità;
  - deve essere posta nella condizione di perseguire questo obiettivo comune a tutti gli esseri umani.
- Per raggiungere questo traguardo è necessario riconoscere e valorizzare le diversità e assicurare che le persone con disabilità possano godere di tutti i diritti umani: civili, sociali, politici, economici e culturali.
- La Regione del Veneto è da anni impegnata nella promozione dei diritti e delle opportunità rivolte alle persone con disabilità e alle loro famiglie.
- Le istituzioni e la società civile, attraverso le varie associazioni che conducono da anni azioni di advocacy; gli enti del privato sociale, che attuano con professionalità la solidarietà sociale; le

Università, luoghi privilegiati di formazione e promozione culturale; le istituzioni, che sono chiamate a promuovere e attuare politiche sociali di qualità, condividono l'obiettivo di promuovere un nuovo modello della disabilità fondato sui diritti umani con al centro i principi di non discriminazione, eguaglianza delle opportunità, autonomia e partecipazione.

- Il 25 agosto 2006 al Palazzo di Vetro delle Nazioni Unite il Comitato Ad Hoc, nominato dall'Assemblea Generale, ha licenziato il testo della I° Convenzione Internazionale dei Diritti delle Persone con disabilità, quale conclusione di un lungo lavoro pluriennale, effettuato nel comitato dai rappresentanti di 192 Nazioni, di Organismi Internazionali e di Organizzazioni Non Governative (ONG).
- Il 13 dicembre 2006 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato il testo definitivo della suddetta Convenzione che, secondo l'OMS, interessa circa 650 milioni di persone con disabilità nel mondo, numero che tenderà ad aumentare per il progressivo aumento dell'invecchiamento demografico.
- Il Governo Italiano, ha sottoscritto il documento il 30 marzo 2007, impegnandosi a ridurre i tempi e a promuovere le indispensabili misure legislative per la ratifica e la concreta applicazione dell'accordo.
- La Convenzione, con i suoi 50 articoli, si riferisce a tutti gli aspetti relativi alla tutela e promozione dei diritti: il diritto alla vita e all'integrità fisica, alla tutela giuridica e alla sicurezza, al diritto alla protezione sociale, all'istruzione, per la quale gli Stati si impegnano ad assicurare un "*sistema inclusivo a tutti i livelli e l'apprendimento a lungo termine*", garantendo che le persone con disabilità non siano escluse dal sistema educativo generale e che i bambini con disabilità siano integrati nella scuola gratuita ed obbligatoria; si riconosce il ruolo fondamentale della famiglia, intesa come gruppo sociale di base che è deputato a proteggere le persone con disabilità.
- Infatti, la Convenzione, all'articolo 1 persegue lo scopo di "*promuovere, proteggere e assicurare il pieno godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità e di promuovere il rispetto per la loro inerente dignità*".
- Nel territorio della Regione del Veneto, in attuazione ai principi costituzionali, alla normativa nazionale, allo Statuto regionale, dove all'art. 3 si ribadisce la finalità della Regione : "*all'affermazione della persona umana e la partecipazione di tutti i cittadini alla Organizzazione politica, economica e sociale della Repubblica*" e alla Legge regionale n. 55 del 16 dicembre 1999 art. 1 che stabilisce "*La Regione del Veneto, riconosce la pace e lo sviluppo quali diritti fondamentali della persona e dei popoli, in coerenza con i principi della Costituzione italiana e del diritto internazionale che sanciscono la promozione dei diritti dell'uomo e dei popoli, delle libertà democratiche e della cooperazione internazionale*" si sono ormai consolidate modalità di intervento e ambiti organizzativi e gestionali che assicurano alle persone con disabilità i livelli di assistenza sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione che favoriscono il riconoscimento di fondamentali diritti, quali quello della salute, dello studio, del lavoro, alla partecipazione attiva alla vita sociale.
- Nel 60° anniversario della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e della Costituzione italiana, nelle more della ratifica da parte dello Stato Italiano della Convenzione Internazionale dei Diritti delle Persone con disabilità, la Regione, nel rispetto delle leggi nazionali e regionali dà attuazione ai principi sanciti nella suddetta Convenzione Internazionale promuovendo i diritti e le opportunità contenuti nella Convenzione stessa; di sostenere a livello nazionale i processi di ratifica della Convenzione Internazionale; di promuovere attività di sensibilizzazione, informazione, formazione finalizzata a una nuova cultura sulla disabilità come una delle umane diversità; di provvedere a creare a livello regionale un dispositivo di coordinamento incaricato di facilitare l'applicazione della Convenzione nei differenti settori dell'amministrazione e a differenti livelli; di monitorare con modalità continuative e di sistema l'applicazione della Convenzione; di appoggiare il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni più rappresentative.

## IL PROVVEDIMENTO

Con la presente Deliberazione la Regione:

- \* sostiene a livello nazionale i processi di ratifica della Convenzione Internazionale;
- \* promuove attività di sensibilizzazione, informazione, formazione finalizzata a una nuova cultura sulla disabilità come una delle umane diversità;
- \* provvede a creare a livello regionale un dispositivo ( focus point) di coordinamento incaricato di facilitare l'applicazione della Convenzione nei differenti settori dell'amministrazione e a differenti livelli;
- \* svolge attività di monitoraggio con modalità continuative l'applicazione della Convenzione, costruendo, appropriati percorsi di studio e di approfondimento, un sistema regionale di monitoraggio ed implementazione della Convenzione nelle politiche, legislazioni, programmi ed azioni regionali;
- \* appoggia il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni più rappresentative;
- \* affida all'Azienda ULSS n. 12, veneziana, Osservatorio regionale sulla Condizione della Persona Anziana e Disabile, l'organizzazione, gestione e attuazione di un concorso che ha come oggetto la predisposizione di materiale ( un tema sui diritti umani delle persone con disabilità, un disegno o un video) sulla rappresentazione dei diritti , pensati dai bambini e ragazzi delle scuole elementari e medie;

<b>POLITICHE SOCIALI</b>
--------------------------

### CAMPANIA

**DGR 29.12.07 n. 2298** – Protocollo d'Intesa tra la Regione Campania e l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" per la ricerca e lo sviluppo del sistema di Welfare campano - con allegato.(BUR n. 11 del 17.3.08)

#### Note

#### PREMESSA

- \* La legge 8 novembre 2000 n° 328 disciplina la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- \* Con DGR n. 1826/01, n. 352/03, n. 586/04, n. 204/05, e n. 838/06 sono state emanate le “Linee guida” regionali per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per i primi 5 anni di attuazione della legge 328/00;
- \* con la D.G.R. n. 1824/01 e successive modifiche e integrazioni sono stati determinati gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- \* con la DGR n. 679/07, tra l’altro, si dispone di procedere alla stabilizzazione del sistema di *welfare* campano, strutturando attività e fonti di finanziamento su una programmazione triennale.
- \* i Comuni associati negli ambiti territoriali sociali della Regione Campania hanno attuato, attraverso la presentazione dei Piani Sociali di Zona relativi ai primi 5 anni di applicazione della legge di riforma del *welfare*, una infrastrutturazione sociale del territorio campano, conformandosi agli indirizzi regionali;
  - è opportuno proseguire nell’attività di indirizzo, assistenza tecnica e sostegno a supporto della progettazione e della gestione degli interventi e dei servizi sociali;
  - i Piani Sociali di Zona costituiscono lo strumento attivo della programmazione locale, e che la loro predisposizione e realizzazione, particolarmente in questa fase di superamento della sperimentazione con la programmazione triennale, necessita di opportuni atti di indirizzo da parte della Regione Campania, ai sensi dell’art. 18 della L. 328/00, e nelle more dell’adozione del Piano Sociale Regionale (PSR) di cui alla Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007;
  - con DGR n. 1403 del 27 luglio 2007 sono stati approvati i succitati indirizzi regionali per il triennio 2007/2009;
  - le Linee Guida di cui alla DGR n. 1403/2007, tra l’altro, definiscono alcune condizioni strutturali

del modello di *welfare* campano, alla base della pianificazione strategica da determinare attraverso i Piani Sociali di Zona, promuovendo un sistema integrato di servizi più fortemente legato alla integrazione delle politiche e delle risorse e, allo stesso tempo, più fortemente centrato sui bisogni essenziali dei cittadini, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo.

#### **LA DEFINIZIONE DEI BISOGNI**

\* La Regione Campania con DGR n. 679/07, all'allegato B punto 14, prevede la realizzazione di azioni volte alla costruzione della Mappa Regionale dei Bisogni Sociali, di valutazione partecipata di Qualità, di programmazione economica triennale;

\* Tra tali azioni, propedeutiche alla imminente approvazione del Piano Sociale Regionale, si rende necessario:

§ valutare l'impatto sul territorio campano delle condizioni strutturali del modello di *welfare* campano definite con DGR n. 1403/2007, verificandone anche le dinamiche economiche della spesa sociale;

§ realizzare approfondimenti scientifici volti a costruire un modello di "Campania Sociale" in prospettiva regionale ed europea, verificandone anche la compatibilità tra risorse e garanzia dei LIVEAS;

§ ridurre il divario tra mondo della formazione universitaria e mondo del lavoro sociale, alla luce delle rapide trasformazioni di quest'ultimo e del nuovo modello di formazione universitaria delineato con il Decreto Ministeriale del 3 novembre 1999, n. 599 smi.

#### **L'APPORTO SCIENTIFICO**

\* Tali azioni sono realizzabili definendo appositi percorsi di studio, ricerca e formazione, in stretta sinergia tra la Regione Campania e l'Università;

\* l'Università degli Studi di Napoli "Federico II", per la sua straordinaria esperienza nella ricerca ed il supporto nell'ambito del *welfare* in Campania, per le precedenti collaborazioni con la Regione Campania in tale ambito, è partner d'eccellenza per la realizzazione di tali percorsi.

#### **LA PROPOSTA**

\* L'Università degli Studi di Napoli "Federico II" – Polo delle Scienze Umane e Sociali – con nota prot. 2007.0877577 si è resa disponibile ad istituire n. 4 assegni per la collaborazione ad attività di ricerca, nonché a realizzare quant'altro previsto nell'allegato Protocollo d'Intesa;

#### **IL PROTOCOLLO D'INTESA**

Viene approvato il Protocollo d'Intesa inerente "La ricerca e lo sviluppo del sistema di Welfare campano" che, allegato al presente provvedimento (Allegato 1)

#### **ALLEGATO**

***L'anno ....., addì ..... del mese di ....., nella sede della Giunta***

***Regionale della Campania sita in Napoli alla Via S. Lucia n. 81, si sono costituiti:***

1) la Regione Campania, sita in Napoli alla Via S. Lucia n. 81 - C.F. 80011990639 - di seguito denominata per brevità "Regione" - nella persona dell'Assessora alle Politiche Sociali Rosa D'Amelio;

2) l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" Polo delle Scienze Umane e Sociali, sita in Napoli alla via Guglielmo Sanfelice n. 8 - C.F. 00876220633 - di seguito denominata per brevità "Università" – nella persona del Prof. Massimo Marrelli, nato a Cosenza il 30.09.1945 - C.F. MRRMSM45P30D086X,

***Detti comparenti premettono che***

- la legge 8 novembre 2000 n° 328 disciplina la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

- con le Delibere di Giunta Regionale della Campania n° 1826 del 4 maggio 2001, n° 352 del 31 gennaio 2003, n° 586 del 16 aprile 2004, n° 204 del 16 febbraio 2005, e n° 838 del 23/06/2006 sono state emanate le "Linee guida" regionali per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per i primi 5

anni di attuazione della legge 328/00;

- con la D.G.R. della Campania n° 1824 del 4 maggio 2001 e successive modifiche e integrazioni sono stati determinati gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete;
- con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 679 del 18/04/2007, tra l'altro, si dispone di procedere alla stabilizzazione del sistema di *welfare* campano, strutturando attività e fonti di finanziamento su una programmazione triennale;
- i Comuni associati negli ambiti territoriali sociali della Regione Campania hanno attuato, attraverso la presentazione dei Piani Sociali di Zona relativi ai primi 5 anni di applicazione della legge di riforma del *welfare*, una infrastrutturazione sociale del territorio campano, conformandosi agli indirizzi regionali;
- è opportuno proseguire nell'attività di indirizzo, assistenza tecnica e sostegno a supporto della progettazione e della gestione degli interventi e dei servizi sociali;
- i Piani Sociali di Zona costituiscono lo strumento attivo della programmazione locale, e che la loro predisposizione e realizzazione, particolarmente in questa fase di superamento della sperimentazione con la programmazione triennale, necessita di opportuni atti di indirizzo da parte della Regione Campania, ai sensi dell'art. 18 della L. 328/00, e nelle more dell'adozione del Piano Sociale Regionale (PSR) di cui alla Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007;
- con DGR n. 1403 del 27 luglio 2007 sono stati approvati i succitati indirizzi regionali per il triennio 2007/2009;
- le Linee Guida di cui alla DGR n. 1403/2007, tra l'altro, definiscono alcune condizioni strutturali del modello di *welfare* campano, alla base della pianificazione strategica da determinare attraverso i Piani Sociali di Zona, promuovendo un sistema integrato di servizi più fortemente legato alla integrazione delle politiche e delle risorse e, allo stesso tempo, più fortemente centrato sui bisogni essenziali dei cittadini, quali condizioni imprescindibili per lo sviluppo;
- la Regione Campania con delibera di Giunta Regionale n. 679 del 18 aprile 2007, all'allegato B punto 14, prevede la realizzazione di azioni volte alla costruzione della Mappa Regionale dei Bisogni Sociali, di valutazione partecipata di Qualità, di programmazione economica triennale;
- tra tali azioni, propedeutiche alla imminente approvazione del Piano Sociale Regionale, si rende necessario:
  - a. valutare l'impatto sul territorio campano delle condizioni strutturali del modello di *welfare* campano definite con DGR n. 1403/2007, verificandone anche le dinamiche economiche della spesa sociale;
  - b. realizzare approfondimenti scientifici volti a costruire un modello di "Campania Sociale" in prospettiva regionale ed europea, verificandone anche la compatibilità tra risorse e garanzia dei LIVEAS;
  - c. ridurre il divario tra mondo della formazione universitaria e mondo del lavoro sociale, alla luce delle rapide trasformazioni di quest'ultimo e del nuovo modello di formazione universitaria delineato con il Decreto Ministeriale del 3 novembre 1999, n. 599 smi;
- tali azioni sono realizzabili definendo appositi percorsi di studio, ricerca e formazione, in stretta sinergia tra la Regione Campania e l'Università;
- l'Università degli Studi di Napoli "Federico II", per la sua straordinaria esperienza nella ricerca ed il supporto nell'ambito del *welfare* in Campania, per le precedenti collaborazioni con la Regione Campania in tale ambito, è partner d'eccellenza per la realizzazione di tali percorsi;
- l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" – Polo delle Scienze Umane e Sociali – con nota prot. 2007.0877577 si è resa disponibile ad istituire n. 4 assegni per la collaborazione ad attività di ricerca, nonché a realizzare quant'altro previsto nel presente Protocollo;
- con tale disponibilità dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" – Polo delle Scienze Umane e Sociali – a realizzare le attività di cui all'allegato Protocollo d'Intesa, non si persegue alcun fine di lucro per l'Università stessa.

***tutto ciò premesso, le parti come sopra costituite, convengono e stipulano quanto segue***

#### **ARTICOLO 1**

**PREMESSE**

1 Le parti approvano e confermano sotto la loro responsabilità le premesse che precedono quale parte integrante e sostanziale del presente protocollo, nonché la documentazione ivi elencata che, pienamente conosciuta e condivisa dalle stesse, è conservata agli atti del Settore Assistenza Sociale, Programmazione e Vigilanza nei Servizi Sociali dell'Area Generale di Coordinamento Assistenza Sociale, Attività Sociali, Sport, Tempo Libero e Spettacolo. Per richiesta espressa delle parti, queste vengono dispensate dall'accludere tale documentazione al presente atto.

**ARTICOLO 2****OGGETTO**

1 Con il presente protocollo la Regione e l'Università intendono:

- a. valutare l'impatto sul territorio campano delle condizioni strutturali del modello di *welfare* campano definite con DGR n. 1403/2007, verificandone anche le dinamiche economiche della spesa sociale;
- b. realizzare approfondimenti scientifici volti a costruire un modello di "Campania Sociale" in prospettiva regionale ed europea, verificandone anche la compatibilità tra risorse e garanzia dei LIVEAS;
- c. ridurre il divario tra mondo della formazione universitaria e mondo del lavoro sociale, alla luce delle rapide trasformazioni di quest'ultimo e del nuovo modello di formazione universitaria delineato con il Decreto Ministeriale del 3 novembre 1999, n. 599 smi;

2 A tal fine gli stessi concordano di realizzare le azioni di seguito riportate nel presente Protocollo.

**ARTICOLO 3****ASSEGNI PER LA COLLABORAZIONE AD ATTIVITA' DI RICERCA**

1 Al fine di perseguire gli obiettivi di cui all'articolo 2, l'Università istituisce n. 4 assegni per la collaborazione

ad attività di ricerca, di durata annuale, i cui programmi saranno definiti dal Comitato tecnico scientifico di cui al

successivo articolo 4.

2 Gli assegni di cui al comma 1 saranno assegnati ed erogati secondo quanto disposto dall'articolo 51 della Legge n. 449/1997 e dal Decreto Ministeriale dell'11 febbraio 1998 e sono rinnovabili nei limiti di tre anni. L'importo annuo di ciascuno degli assegni è pari ad €19.000/00, secondo quanto disposto dal decreto ministeriale n. 45 del 26.02.2004.

**ARTICOLO 4****COMITATO TECNICO SCIENTIFICO**

1 La Regione e l'Università istituiscono un Comitato tecnico scientifico che svolge funzioni di programmazione,

monitoraggio e valutazione delle azioni di cui al presente protocollo.

2 Il Comitato tecnico scientifico è composto da otto componenti, di cui quattro nominati dalla Regione e quattro

nominati dall'Università. Fanno inoltre parte del Comitato tecnico scientifico il Coordinatore dell'A.G.C. 18 della Regione Campania ed il Preside del Polo delle Scienze Umane e Sociali.

3 Al fine di perseguire gli obiettivi di cui all'articolo 2, il Comitato tecnico scientifico può programmare e realizzare ulteriori attività di carattere scientifico, culturale e formativo.

**ARTICOLO 5****CONTRIBUTI REGIONALI**

1 Per la realizzazione delle attività di cui al presente Protocollo la Regione eroga a favore dell'Università un contributo finanziario nella misura massima annua di €80.000/00, e nella misura massima nel triennio di €

240.000/00, destinato a coprire le spese per l'erogazione degli assegni di cui all'articolo 3.

2 La Regione provvederà ad assegnare e liquidare all'Università  
2 La Regione provvederà ad assegnare e liquidare all'Università le spese di cui al precedente comma 1 e nei limiti della somma ivi indicata, secondo quanto successivamente disposto dal Dirigente competente.

#### **ARTICOLO 6**

##### **DURATA**

1 Il presente protocollo dura sperimentalmente tre anni, a decorrere dalla data di stipula e comunque fino a conclusione definitiva delle attività di cui ai precedenti articoli 3 e 4.

2 Entro tale scadenza, lo stesso è soggetto a rinnovo triennale, se pur parzialmente modificato, mediante provvedimento della Giunta Regionale, previa manifestazione di volontà al rinnovo, secondo le modalità di cui

al presente articolo, in forma scritta da parte dell'Università.

#### **ARTICOLO 7**

##### **NORME FINALI**

1 Al fine di implementare, favorire la massima diffusione, monitorare e verificare le attività di cui al presente Protocollo, l'Università realizza le stesse in stretto raccordo con il Settore Assistenza Sociale della Giunta Regionale.

2 Al dirigente dello stesso Settore sono affidati gli adempimenti e l'adozione degli atti consequenziali volti ad attuare quanto disposto con il presente Protocollo.

*Il presente protocollo si compone di 4 pagine, è letto ed approvato dalle*

2 Per richiesta espressa delle parti, queste vengono dispensate dall'accludere tale

#### **LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/543** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: ruolo e attività del servizio di segretariato sociale erogato dai comuni (BUR n. 13 del 25.3.08)

##### **Note**

##### **PREMESSA**

- Viene approvato l'ordine del giorno n. 1351 che concerne il ruolo e attività del servizio di segretariato sociale.

##### **IL CONTENUTO**

- l'art 22 della Legge 328/00 prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizzi mediante:
  - politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo Familiare con eventuali misure economiche;
  - la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni e competenze e settorializzazione delle risposte;
- \* Il PRSS 2007-2009 pone, tra gli obiettivi prioritari per la creazione del nuovo sistema di welfare, l'individuazione di un nuovo assetto organizzativo dei servizi sul territorio per assicurare l'integrazione socio-sanitaria;
- \* Viene rilevata la necessità di assicurare il Servizio di segretariato sociale da parte dei Comuni, in collaborazione con le ASL, riconoscendo a questo un ruolo strategico nella presa in carico della persona in grado di:
  - garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
  - assicurare la competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
  - orientare il cittadino all'interno della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;

- raccogliere ed elaborare dati, anche al fine di assicurare una offerta sempre più efficace.

#### L'IMPEGNO

Il Consiglio regionale invita la Giunta regionale:

\* a definire, d'intesa con la rappresentanza degli Enti locali le linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio di segretariato sociale da parte dei comuni, in collaborazione con l'ASL;

a riconoscere il ruolo strategico del servizio di segretariato sociale nella presa in carico della persona in grado di:

- garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- assicurare la competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse e che necessitano di un pronto intervento sociale e di una continuità assistenziale;
- orientare il cittadino all'interno della rete di unità di offerta sociali e sociosanitarie e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- raccogliere ed elaborare dati, anche al fine di assicurare una offerta sempre più efficace.

\* ad assicurare che l'attività di segretariato sociale sia condotta dai Comuni singolarmente ed ove opportuno in ragione della loro dimensione e delle risorse disponibili in forma associata;

\* che tale attività, organizzata anche utilizzando modalità telematiche, sia disciplinata dai Piani di Zona;

\* ad assicurare che tale attività di segretariato sociale sia condotta in collaborazione con tutti gli attori della rete.

**DCR 28.2.08,n. VIII/545** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: attuazione del d. lgs. 109/98 concernente prestazioni sociali agevolate (BUR n. 13 del 25.3.08)

#### Note

#### PREMESSA

- L'art. 3, comma 2 ter del d. lgs. 109/98 e s.m.i prevede che le persone affette da handicap permanente grave, nonché persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti, possano beneficiare di uno speciale regime di calcolo dell'ISEE in ordine alle prestazioni sociali agevolate
- Lo stesso decreto demanda ad un DPCM la definizione delle disposizioni di dettaglio, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziarne la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione;
- Viene rilevato che il DPCM non ancora è stato emanato (a distanza di ben otto anni da quando era stato disposto! – n.d.A)
- Viene altresì ritenuto necessario intervenire a livello nazionale perché la mancata emanazione del DPCM può determinare:
  - costi non dovuti dai soggetti interessati;
  - una disomogeneità di comportamento da parte dei comuni in tema di applicazione dell'ISEE

#### L'IMPEGNO

Il Consiglio regionale invita la Giunta regionale:

- ad intervenire a livello nazionale perché siano condivise, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, e Autonomie Locali, le modalità di attuazione del d. lgs. 109/98 e s.m.i. e affinché i costi determinati dalla condizione di non autosufficienza siano adeguatamente sostenuti disciplinando compiutamente la partecipazione alla spesa da parte della persona assistita sia assegnando ai comuni le risorse necessarie ai fini dell'integrazione economica;

- ad intervenire a livello nazionale affinché siano concertate le modalità univoche di attuazione del d. lgs. 109/98 e s.m.i. al fine di evitare, di conseguenza, deprecabili differenze di trattamento sul territorio nazionale;

- ad avviare un confronto con i soggetti sociali per la individuazione dei criteri di determinazione del concorso degli utenti al costo delle prestazioni.

### **MARCHE**

**DGR 25.2.08,n. 231** – L.R. 43/88, art. 10 – Spese per lo svolgimento delle attività e per gli interventi in materia di assistenza sociale – Individuazione dei criteri per la quantificazione e l’assegnazione delle risorse (BUR n. 26 del 14.3.08)

## **PRIVATO SOCIALE**

### **LOMBARDIA**

\* Pubblicazione dell’elenco delle organizzazioni iscritte al Registro regionale del Volontariato alla data del 31 dicembre 2007 (BUR n. 12 del 20.3.08)

### **VENETO**

**DGR 4.3.08, n. 494** – Bando 2008 per la presentazione di progetti di servizio civile regionale. L.R. 18/05 (BUR n. 25 del 21.3.08)

**DGR 4.3.08, n. 495** – Criteri di ammissione dei contributi regionali per l’anno 2008 e modalità di presentazione delle domande. L.R. 23/06: Cooperazione sociale (BUR n. 25 del 21.3.08)

## **PROFESSIONI SOCIALI**

### **LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/541** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: definire gli standard delle professioni sociali e sociosanitarie (BUR n. 13 del 25.3.08)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

- Il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario è uno degli obiettivi di alta programmazione da parte del legislatore al fine di rendere effettiva e garantire su tutto il territorio regionale l’esigibilità dei diritti civili e sociali a favore delle persone, delle famiglie e delle formazioni sociali negli ambiti della salute, del benessere e della protezione sociale.
- Per garantire la realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari alla persona la professionalità degli operatori riveste carattere di rilevanza prioritaria per la qualità e l’efficacia dei servizi offerti;
- Le retribuzioni del personale hanno peso preponderante sui costi dei servizi sociosanitarie sociali.

#### **L’IMPEGNO**

Il Consiglio invita la Giunta regionale:

- a definire gli standard delle professioni sociali e sociosanitarie al fine dell’accreditamento di ogni unità d’offerta pubblica e privata;
- al rispetto dei contratti di lavoro nazionali.

## **PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

### **ABRUZZO**

**L.R. 10.3.08,n. 5** – Un sistema di garanzie per la salute – Piano sanitario regionale 2008-2010 (BUR n. 2 del 21.3.08)

**Note****PREMESSA**

Il Piano sanitario regionale approvato dalla Regione è di una assoluta complessità e consiste in ben 378 pagine fittamente scritte in termini discorsivi e prolissi, e corredate da molteplici tavole.

Considerata la notevole mole del documento (per il quale resta da chiedersi a chi è diretto, e come va “gestito”, e quali sono i risultati attesi), si riportano di seguito gli aspetti ritenuti di più immediato interesse, rinviando alla lettura integrale del testo per il resto.

**PRINCIPI E VALORI**

- la salute come diritto da promuovere e tutelare e non bene negoziabile;
- la solidarietà;
- la centralità del territorio;
- l’approccio integrato;
- la partecipazione.

**OBIETTIVI STRATEGICI**

- potenziamento dell’offerta dei servizi territoriali con la riorganizzazione dell’assetto distrettuale;
- ridefinizione dell’offerta ospedaliera;
- potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione;
- valorizzazione dell’intero sistema delle cure primarie (UTAP)
- sostenibilità economica del sistema.

**LA POLITICA DELLE ALLEANZE**

- puntuale distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate della Regione, delle ASL e degli Enti locali;
- coinvolgimento di tutte le componenti professionali interessate.

**PRESUPPOSTI****Il PSR:**

- necessita di un profondo cambiamento culturale da parte di tutti gli attori della sanità;
- non potrà esaurirsi nel 2010, ma all’interno del triennio si deve consolidare l’inversione di tendenza verso i traguardi che il PSR ridisegna

**I BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE****Quadro demografico**

- Le persone con più di 65 anni rappresentano il 21,3% della popolazione (277.723 nel 2006)
- Indice di invecchiamento: 19,7;
- Indice di vecchiaia 158,8 (Italia 139,8)
- Al 1° gennaio 2006 l’Anagrafe assistiti regionali registra 1.2967.115 assistibili (anziani: 276.952: 21,4%)

**Mortalità ed incidenza**

- L’Abruzzo si colloca tra le Regioni che registrano i più bassi tassi di mortalità.
- Aspettativa di vita alla nascita: 84,2 anni per le donne; 77,7 per gli uomini.

**Prevalenza di patologie**

- Artrosi-artriti
- Ipertensione arteriosa;
- Cefalea, emicrania;
- Osteoporosi;
- Bronchite cronica;
- Depressione, ansietà;
- Diabete;

- Tumori maligni;
- Alzheimer
- Parkinsoniani.

Disabilità e non autosufficienza (dati 2000 nazionali dell'ISTAT)

- Nella popolazione di 6 anni e più la disabilità è del 4,85%;
- Fra gli anziani è del 19,5%;
- Fra i giovani adulti è dell'1,5%
- La disabilità prevalente riguarda l'area motoria (38%), seguita da problemi della sfera mentale (18%);
- Le persone confinate in abitazione sono il 2,1%, fra gli anziani la stima è dell'8,7%
- Le persone con difficoltà di movimento sono il 2,3% (anziani il 9,4%)
- La famiglia è in genere quella che prende in carico il soggetto disabile.
- La gravità della disabilità è pari al 2,75% della popolazione anziana.

I dati in Abruzzo

- \* Il numero atteso di pazienti disabili in Abruzzo è di 66.580;
- \* La stima fra gli anziani è di 55.000 (83%)
- \* Su un campione di 49.808 anziani nel periodo 2002-2004 il 17% presenta almeno una condizione di dipendenza fra le funzioni ADL indagate.

La sintesi dell'offerta

- I p/l in RSA accreditati sono 946
- I p/l relativi ai Centri residenziali sono 1.006;
- Le degenze medie in RSA variano da 80 a 170-230 giorni.
- I p/l accreditati in Centri di riabilitazione per disabilità sono 1.185
- I Centri di ADI crescono da 1.378 del 1999 a 8.537 nel 2004.
- La struttura Hospice è calcolata in 78 p/l

I carichi di patologia

- \* I pazienti con multicronicità sono 2000.000 anziani;
- \* Gli esenti da ticket circa 220.000;

NB: Seguono indicazioni più specifiche (a cui si rinvia) e che sono riferite, fra l'altro, a:

Salute mentale e disabilità psichica;

- Tossicodipendenze;
- Stili di vita e fattori di rischio.

**L'ARCHITETTURA ISTITUZIONALE E I RUOLI**

Viene riproposto e descritto il sistema istituzionale regionale, basato sulla Regione, l'Agenzia Sanitaria Regionale, la Direzione sanitaria, gli Enti locali, l'università, il privato "for profit".

Attenzione particolare è attribuita al terzo settore agli organismi di partecipazione dei cittadini, alle organizzazioni sindacali, e infine alla costituzione di Comitati per le pari opportunità.

**LE LOGICHE E GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE**

In tale contesto particolare attenzione viene riproposta sul tema della centralità del cittadino quale riferimento primario per l'offerta del sistema sanitario, e tenuto conto dei ripetuti e scontati richiami alla necessità di garantire processi e continuità dell'assistenza, nonché la definizione di percorsi assistenziali.

Carta dei servizi

Viene individuata quale "patto" fra il soggetto erogatore del servizio e il cittadino.

La stessa carta, a distanza di circa tredici anni da quando era stata preconizzata (d.m. 24.7.95: contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale) viene quindi riproposta nelle sue finalità: strumento di partecipazione e di conoscenza dei servizi offerti, di miglioramento della qualità complessiva delle prestazioni.

Essa deve prevedere 4 sezioni:

- principi di erogazione dei servizi;
- descrizione dei servizi (direttiva Ciampi del 1995!)
- standard di qualità;
- meccanismi di tutela.

Le ASL si impegnano a tradurre in azioni concrete i 14 diritti del cittadino europeo:

1. diritto a misure preventive
2. diritto all'accesso
3. diritto all'informazione,
4. diritti al consenso
5. diritto alla libera scelta
6. diritto alla privacy e alla confidenzialità,
7. diritto al rispetto del tempo dei pazienti
8. diritto al rispetto degli standard di qualità
9. diritto alla sicurezza,
10. diritto all'innovazione
11. diritto ad evitare sofferenze e dolore inutile,
12. diritto al trattamento personalizzato
13. diritto al reclamo
14. diritto al risarcimento

Le ASL e le altre istituzioni pubbliche e private hanno l'obbligo di aggiornare annualmente la carta dei servizi e provvedere alla sua pubblicazione e diffusione.

NB: Seguono indicazioni (A CUI SI RINVIA) su:

**QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E SICUREZZA  
STRUMENTI PER IL GOVERNO E LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI  
PRODURRE SALUTE: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Nel capitolo, oltremodo complesso, vengono esplicitati i nuovi modelli organizzativi ed operativi del sistema, nonché gli obiettivi, le azioni, i tempi e le modalità di verifica per le seguenti aree:

1. governo clinico e reti cliniche
2. gestione del rischio clinico,
3. distretto
4. cure domiciliari,
5. sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti
6. sistema della riabilitazione e disabilità extraospedaliera
7. consultori
8. dipendenze patologiche
9. salute mentale
10. presenza e collettiva
11. governo dolore evitabile
12. formazione continua

Nel contesto del capitolo il Macrolivello territoriale viene particolarmente evidenziato il ruolo dei Comuni nel quadro della programmazione locale, con riferimento ai seguenti aspetti:

- Il Piano delle Attività territoriali;
- Il ruolo del Comitato dei Sindaci di distretto;
- Il Piano di Zona;
- I Piani per la salute.

Per ciò che concerne l'offerta territoriale, sono quindi proposti nuovi modelli organizzativi ed operativi:

- Il Punto unico di accesso (PUA)
- L'Unità di Valutazione Multidimensionale;

- L'unità di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD);
- Il sistema delle cure primarie (UTAP);
- Gli ospedali di comunità.

#### Clausola valutativa

Viene evidenziato che l'attuazione del sistema di assistenza primaria e del sistema di supporto è sperimentale e limitata al primo biennio di vigenza del Piano.

Sulla base degli esiti della sperimentazione si valuterà la prosecuzione o la revisione del piano.

#### Il sistema dell'assistenza intermedia

Rappresenta il complesso dei servizi integrati territoriali, la cui azione è finalizzata a:

- promuovere una più rapida guarigione dalle malattie;
- prevenire i ricoveri non necessari;
- fornire assistenza nei casi di dimissioni tempestive;
- favorire l'autosufficienza.

#### I principi fondamentali sono:

- un'assistenza centrata sulla persona;
- un robusto processo di valutazione;
- partnership fra i diversi attori;
- accesso tempestivo ai servizi specialistici.

Le prestazioni residenziali e semiresidenziali rappresentano il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti.

NB: un elemento fondamentale è quello del nucleo assistenziale, inteso come area distributiva delle degenze.

#### Il sistema delle cure domiciliari

L'obiettivo strategico è il potenziamento dell'assistenza domiciliare che deve:

- assicurare la continuità dell'assistenza medica, infermieristica riabilitativa, specialistica a domicilio
- favorire il recupero della capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale;
- strutturare percorsi integrati di sostegno alla famiglia;
- facilitare l'accesso ai servizi.

#### Operatore Sociale nelle cure domiciliari

Svolge un minimo di 30 minuti per accesso.

#### Presa in carico

I presupposti essenziali per le cure domiciliari sono:

- compatibilità delle condizioni cliniche dell'assistito per la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;
- presa in carico del medico curante;
- consenso informato;
- verifica dell'idoneità della struttura abitativa;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;
- rafforzamento del ruolo del familiare di riferimento, care giver.

#### Cartella domiciliare integrata

Al domicilio del paziente sarà conservata una cartella integrata, ad uso di tutti gli operatori delle cure domiciliari al fine di:

- assicurare la continuità dell'assistenza e l'integrazione multiprofessionale;
- garantire e facilitare l'accesso alle informazioni.

#### Scheda di rilevazione Assistenziale Domiciliare (RAD)

Rappresenta lo strumento di base per implementare e alimentare il flusso informativo regionale.

Deve essere completata al termine dell'episodio di cura, contestualmente alla chiusura della cartella Domiciliare Integrata.

Organizzazione Servizio Cure Domiciliari

- Direzione distrettuale CD (svolto dal Direttore del Distretto);
- Gruppo Operativo Distrettuale;
- Sistemi di monitoraggio.

Stima impatto economico

Viene fatta in coerenza con il piano di risanamento economico.

La stima complessivamente è la seguente:

	2007		2008		2009	
Trend	1,6%		2,20%		3%	
Classificazione	assistiti	attesi costi	assistiti	attesi costi	assistiti	attesi costi
Cure prestazionali	9.153	1.309.000	11.486	1.557.710	16.000	1.853.675
I e II livello	7.551	1.359.180	9.477	1.705.860	13.200	2.376.000
III e IV livello	6.178	13.770.762	7.754	17.283.666	10.800	24.073.200
Totale	22.882	16.438.942	28.717	20.547.236	40.000	28.302.875

Il sistema della residenzialità e semiresidenzialità per gli anziani non autosufficienti

La prestazione residenziale qualifica un ambito di erogazione a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico, anche in relazione alla funzione di sollievo del nucleo familiare.

Il nuovo sistema residenziali

La classificazione è la seguente:

- RSA anziani;
- RSA demenze;
- Residenze Assistenziali (RA) (ex Centri Residenziali)

I punti da considerare sono:

- Tipologia di utenza
- Tipologia di struttura
- Modalità di accesso
- Durata di degenza
- Standard minimi di personale
- Tariffa
- Fabbisogno
- Sistemi di classificazione del paziente.

Il sistema extraospedaliero per la Riabilitazione e le disabilità

Viene definito uno dei maggiori indici di equità e qualità del sistema sanitario, e quindi vi è una lunga trattazione sullo stesso, anche con la presentazione delle criticità presenti nella regione.

NB: Seguono ulteriori riferimenti sulla rete dei servizi (a cui si rinvia), e, fra questi:

\* i Consultori familiari;

- Le dipendenze patologiche;
- La salute mentale;
- Macrolivello Prevenzione Collettiva;
- Rete di emergenza-urgenza;
- Rete neurologica per lo stroke;
- Rete oncologica;
- Rete ematologia;
- Rete nefrodialitica;

- Rete diabetologica;
- Rete pneumologica
- Rete delle malattie rare
- Rete dei trapianti
- Rete radiologia per immagini
- Rete delle patologie nutrizionali;
- La politica del farmaco;
- Il governo del dolore evitabile;
- La rete delle cure palliative;
- Il controllo delle liste di attesa (con ampia dissertazione);
- L'integrazione socio-sanitaria.

Per ciascun riferimento sono indicate le "criticità" e il nuovo assetto e azioni, a cui si rinvia.

Osservazioni finali

L'estrema complessità e minuziosità del Piano, pone l'esigenza di una attenta osservazione e monitoraggio sulla sua attuazione, legata come è anche alla necessità del contenimento della spesa sanitaria.

## PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

### LOMBARDIA

**DCR 28.2.08,n. VIII/542** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (BUR n. 13 del 25.3.08)

#### Note

#### PREMESSA

- Il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario è uno degli obiettivi di alta programmazione da parte del legislatore al fine di rendere effettiva e garantire su tutto il territorio regionale l'esigibilità dei diritti civili e sociali a favore delle persone, delle famiglie e delle formazioni sociali negli ambiti della salute, del benessere e della protezione sociale.
- Le norme nazionali ed in particolare l'art. 2 comma 2 bis del d.lgs. 502/92, nonché le leggi regionali 31/97 e 2/00 prevedono l'istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, organismo composto da rappresentanti degli enti locali, che secondo il legislatore ha competenze circa:
  - l'espressione di parere relativamente all'adozione del piano socio-sanitario regionale;
  - la verifica della realizzazione dei piani attuativi locali delle ASL;
  - la verifica della realizzazione dei Piani Sociali di Zona
  - l'espressione di pareri circa la definizione degli ambiti territoriali sociali e dei distretti socio-sanitari;
  - Il vigente PSSR ribadisce la necessità della presenza degli enti locali per la realizzazione del sistema dei servizi e del modello di welfare che si intende consolidare, nella consapevolezza che la prima e forse più profonda trasformazione operata nel sistema dei servizi dopo la legge 328/00 è nel tessuto delle relazioni tra i diversi soggetti in campo.

#### L'IMPEGNO

Il Consiglio invita la Giunta regionale ad attivare la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

### PIEMONTE

**DPGR 14.3.08, n. 34** - Art. 6, comma 5, della l.r. n. 18/2007. Delega della funzione di Presidente della Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria. (BUR n. 13 del 27.3.08)

Note

L'Assessore regionale alla Tutela della Salute e Sanità E. Artesio è delegata a presiedere, ai sensi dell'art. 6, comma 5, della l.r. 6 agosto 2007, n. 18 e del regolamento di cui alla DGR n. 10-8073 del 28.01.2008, la Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

<b>SANITA'</b>
----------------

### **ABRUZZO**

**DGR 18.02.08 n. 117** Assistenza integrativa relativa ai prodotti destinati ad alimentazione particolare: Nuove modalit. di erogazione gratuita di prodotti dietetici senza glutine ai soggetti affetti da Celiachia

### **BASILICATA**

**DGR 11.3.08, n. 331** – Presa d'atto ed approvazione dell'accordo integrativo regionale per la Medicina Generale, ai sensi dell'art. 4 e 14 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23.3.05 (BUR n. 14 del 1.4.08)

Note

L'accordo recepisce ed integra gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'ACN del 23 marzo 2005 e in particolare:

- Perseguimento dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da condividere con il comparto medico ospedaliero e specialistico ambulatoriale attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali integrati nell'ottica dell'assistenza globale alla persona.  
A tale riguardo è istituito, entro 90 giorni un Osservatorio Regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.  
I compiti sono:
  - Fornire indirizzi generali all'individuazione di strumenti, di strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione degli obiettivi di appropriatezza correlati ai diversi regimi assistenziali;
  - Individuazione di linee guida di priorità in merito ad iniziative di educazione sanitaria e promozione della salute, di prevenzione individuale e su gruppo di popolazione, secondo le evidenze scientifiche;
  - elaborare linee guida per assicurare l'appropriatezza delle cure e delle risorse messe a disposizione delle aziende per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.
- Potenziamento della medicina sul territorio intesa quale sistema in grado di intercettare direttamente la domanda di salute del cittadino e di assicurare interventi appropriati ed efficaci anche attraverso l'ottimizzazione degli istituti già operativi  
Al fine di migliorare la fruibilità delle prestazioni sanitarie, viene disposta la pronta disponibilità telefonica diurna quale attività aggiuntiva d'assistenza
- Organizzazione capillare dei medici sul territorio per garantire la continuità dell'assistenza (24 h);
- Individuazione di forme di integrazione fra la Continuità Assistenziale e medicina di Base.
- Coinvolgimento del medico sul territorio nelle attività di prevenzione individuate dalla programmazione regionale e aziendale.
- Attività di promozione della nascita delle UTAP quale strutture in cui sperimentare la realizzazione della continuità dell'assistenza tra servizi territoriali e questi e l'ospedale;
- Rivisitazione delle forme associative per poter valorizzare i modelli organizzativi che di più assolvono alla funzione di migliore accessibilità ai servizi e migliore presa in carico del paziente;
- Definizione di un modello di formazione coerente con gli obiettivi di integrazione territorio-ospedale;

- Adeguamento software ai fini dell'erogazione dell'indennità di informatica e compatibilità per connessione in rete MMG e c.a..
- Attivazione programmi per il governo clinico e adozione di un sistema premiante correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo percentuali di raggiungimento del risultato;
- Organizzazione a regime dell'emergenza sanitaria territoriale.

### **PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'**

- In ogni ASL viene istituito un Fondo Aziendale per l'assistenza primaria.
- Le aree prioritarie di intervento sono:
  - prevenzione primaria e secondaria;
  - percorsi diagnostico-terapeutici riguardanti patologie sociali;
  - programmi tesi all'abbattimento dei tempi di attesa;
  - programmi di attività e livelli di spesa programmati (budget)

### **EQUIPES TERRITORIALI E UTAP**

Le équipes (forma organizzativa funzionale) e le UTAP (forma organizzativa distrettuale) vengono a rappresentare:

- il riferimento unico sul territorio;
- una modalità di riappropriazione da parte del territorio di una propria struttura;
- restituzione delle competenze alla Comunità in termini di Governo e Gestione della Salute.

L'attivazione di tali forme associative è potenzialmente in grado di gestire con efficacia ed efficienza la necessità di salute di una comunità:

- mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio;
- individuando soluzioni efficaci a garantire la continuità dell'assistenza e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione della cronicità e a sostenere comportamenti in grado di promuovere stili di vita sani;
- mantenendo a livello territoriale gli interventi di competenza dell'assistenza primaria;
- assicurando un approccio integrato socio-sanitario volto anche all'elaborazione di nuovi modelli di integrazione del sanitario e del sociale.

Le UTAP sono strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

NB La partecipazione dei medici è facoltativa, volontaria e ha carattere sperimentale.

Requisiti specifici

1. Struttura idonea per una popolazione di riferimento pari a 10-15.000 abitanti;
2. Ciascuna UTAP comprende un congruo numero di:
  - Medici di Assistenza primaria (da 6 a 10);
  - Medici di continuità assistenziale;
  - specialisti ambulatoriali;
  - Infermieri (2)
  - Collaboratori di studio (2)
  - Assistenti sociali
3. la sede è unica (modello cittadino) e comprende locali idonei; è possibile avere medici periferici, anche se la sede UTAP è unica.

### **EQUIPES TERRITORIALI**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'allungamento dell'aspettativa di vita, il venir meno del sistema famiglia, specialmente in rapporto agli anziani fragili, sono fattori che impongono una revisione dell'assistenza tradizionale, con passaggio dalla medicina in associazione in medicina in rete.

Sono pertanto individuate due topologie di équipes:

- a) funzionale;

## b) semistrutturale

## Requisiti comuni:

- \* l'Equipe di assistenza territoriale è riferita ad una popolazione minima di 5.000 assistiti e massima 15.000;
- \* Entro 90 giorni i medici provvedono autonomamente ad aggregarsi in équipes funzionali;ù
- \* ciascun medico di assistenza territoriale è impegnato a fornire la propria opera solo nei confronti degli iscritti al proprio elenco;
- \* i medici nominano un referente con funzioni di raccordo e di collegamento organizzativo con l'Ufficio di Coordinamento distrettuale

## Equipe funzionale

## E'finalizzata a:

- valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita;
- realizzare progetti di razionalizzazione;
- verificare gli interventi
- facilitare attraverso la figura del suo rappresentante la comunicazione fra singoli medici e Coordinamento distrettuale

NB: Ciascuna equipe si impegna ad eseguire riunioni bimestrali per la verifica degli obiettivi e applicazione linee guida aziendali.

L'equipe strutturale (Nuclei di Cure Primarie Territoriali- NCPT) prevede nuove modalità di erogazione dell'assistenza:

- \* condivisione dei fattori produttivi comuni;
- \* integrazione e coordinamento delle competenze;
- \* ambulatori per patologia;

programmi e progetti aziendali integrati.

I programmi in particolare riguardano:

 Assistenza domiciliare integrata:

- garantire un intervento qualificato e coerente con i bisogni dell'utente;
- migliorare la qualità della vita dell'utente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- mantenere per quanto possibile l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando o ritardando l'istituzionalizzazione;
- favorire la deospedalizzazione evitando ricoveri non necessari o troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per l'utente che per i propri familiari;
- sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l'autonomia d'intervento;
- evitare di ridurre i rischi di isolamento e di emarginazione sociale;
- facilitare l'accesso all'erogazione dei presidi e degli ausili;
- assicurare continuità terapeutica nel momento critico della dimissione ospedaliera.

L'assistenza domiciliare deve essere assicurata con interventi a domicilio di:

- assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti di residenze protette e collettività (ADR).

 Forme associative dell'assistenza primaria

Si intende:

- Soddisfare tempestivamente bisogni assistenziali non differibili;
- Migliorare l'assistenza e nel contempo elevare il livello delle prestazioni garantendo una maggiore appropriatezza;
- Realizzare forme adeguate di continuità dell'assistenza, aumentando il numero delle ore di apertura degli ambulatori e attraverso modalità di integrazione professionale tra medici;

- Perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali, anche come dr parte integrante delle Equipes territoriali;

Condivide ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.

### **CAMPANIA**

**DGR 29.12.07, n. 2310** Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal piano di rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007.(BUR n.. 10 del 10.3.08)

**DGR 8.2.08,n. 256** - Piano 2007-2009 di Rientro dal Disavanzo Sanitario approvato dalla DGRC n. 460 del 20 marzo 2007 - Obiettivi di contenimento dei costi delle singole aziende sanitarie regionali - Disposizioni.(BUR n.12 del 25.3.08)

**DGR 22.2.08, n. 317** -Modello organizzativo e funzionale del Centro regionale per i trapianti. Rinnovo nomina Coordinatore. (BUR n 14 del 7.4.08)

### **EMILIA ROMAGNA**

**DGR 16.11.07, n. 1720** - Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - Programma Stroke Care (BUR n. 432 del 17.3.08)

**DGR 11.2.08, n. 136** - Linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi mielolesioni dell'Emilia-Romagna (BUR n. 432 del 17.3.08)

**DGR 11.2.08, n. 138** Approvazione linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilita' neuromotorie in eta' evolutiva dell'Emilia-Romagna secondo il modello Hub and Spoke (BUR n. 432 del 17.3.08)

**DGR 18.2.08, n. 200** - Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell'attivit  libera professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario nazionale. Attuazione dell'art. 8, comma 5 della Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 (BUR n. 58 del 9.4.08)

### **LAZIO**

**DGR 25.1.08,, n. 40** – Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e la presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale (BUR n. 11 del 23.3.08, s.o.)

<b>STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI</b>
--------------------------------------

### **LOMBARDIA**

**DCR 28.2.08,n. VIII/541** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: controllo sulle rette delle RSA (BUR n. 13 del 25.3.08)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

- Nell'ambito della rete delle RSA dispone di oltre 53.000 posti letto esiste un quadro molto differenziato delle rette praticate a carico degli assistiti.
- Tali differenze sono in molti casi assai rilevanti e spesso non sono giustificate da una effettiva diversità dei livelli dei servizi offerti.

#### **L'IMPEGNO**

La Giunta regionale viene invitata a rivalutare i criteri di determinazione delle rette applicate nelle RSA pubbliche e private accreditate sia per contenere i costi sia per permettere l'esercizio del diritto di libertà di scelta.

## **VALLE D'AOSTA**

**DGR 29.2.08, n. 543** – Approvazione di criteri di priorità per la determinazione del contributo ai sensi della L.R. 80/90 e s.m.i., recante interventi per opere pubbliche destinate all'assistenza di persone anziane inabili e portatrici di handicap, a partire dal 2008 (BUR n. 13 del 25.3.08)

<b>TUTELA DEI DIRITTI</b>
---------------------------

**DCR 28.2.08, n. VIII/546** – Ordine del giorno concernente il governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario: uffici di pubblica tutela, previsti dall'art. 11 della L.R. 31/97 (BUR n. 13 del 25.3.08)

### **Note**

### **PREMESSA**

- Le ASL sono tenute alla costituzione ed organizzazione degli Uffici di Pubblica Tutela al fine di:
  - assicurare la tutela e la rappresentanza delle istanze sociali e civili, affinché siano effettivi e praticabili i diritti di informazione, riservatezza e rispetto della libertà e dignità personale;
  - dare informazioni agli utenti sul sistema dei servizi esistenti, dei criteri e delle modalità per l'accesso agli stessi, nonché le procedure e le modalità per inoltrare reclamo agli uffici competenti;
  - assicurare una attività di verifica e monitoraggio delle prestazioni erogate dai soggetti pubblici e privati accreditati, riguardanti la tutela e il superamento del disagio degli utenti;
  - creare un collegamento con le organizzazioni del volontariato e le associazioni presenti sul territorio, per sviluppare una corretta informazione che faciliti l'accesso alla rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie.

A tale riguardo viene ritenuto necessario:

- procedere ad una ricognizione degli Uffici di Pubblica Tutela effettivamente operanti a livello aziendale;
- riconoscere maggiore accessibilità agli Uffici di Pubblica Tutela da parte degli utenti;
- assicurare su tutto il territorio lombardo il servizio di assistenza ai singoli cittadini reso dagli Uffici di Pubblica Tutela;
- che le ASL assicurino agli Uffici di Pubblica Tutela le risorse necessarie per l'espletamento delle funzioni ad essi attribuite.

### **L'IMPEGNO**

Il Consiglio regionale invita la Giunta:

- \* a promuovere una ad una ricognizione degli Uffici di Pubblica Tutela effettivamente operanti a livello aziendale;
- ad adottare i provvedimenti necessari affinché, entro il 31 dicembre 2008, in tutte le ASL sia costituito ed operante l'Ufficio di Pubblica Tutela;
- a verificare che le ASL riconoscano agli Uffici di Pubblica Tutela le risorse necessarie a consentire l'espletamento delle funzioni ordinarie loro attribuite.

## **VALLE D'AOSTA**

**Reg. reg.le 28.2.08, n. 2** - Nuova disciplina delle modalità di esercizio e dei casi di esclusione del diritto di accesso ai documenti amministrativi (BUR n. 13 del 25.3.08)

