

PANORAMA LEGISLATIVO

N. 7 gennaio 2008 ó 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'ISTISS 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 gennaio 2008, arretrati compresi

ISTRUZIONE

MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

Decreto 25.10007 - Riorganizzazione dei centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti e dei corsi serali, in attuazione dell'articolo 1, comma 632, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. (GU n. 3 del 4.1.2008)

LAVORO

LEGGE 24 Dicembre 2007, n. 247

Norme di attuazione del Protocollo del 23 luglio 2007 su previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale. (GU n. 301 del 29.12.07)

Note

Il protocollo si riferisce al complesso di materie che vanno a concretizzare aspetti fondamentali che incidono profondamente sull'intero sistema di welfare del paese.

La legge pertanto traduce il protocollo sottoscritto dalle parti sociali con il Governo il 23 luglio 2007.

Tenuto conto della notevole complessità del documento, si illustrano e si commentano solo le parti ritenute di più immediato interesse, tralasciando comunque la previdenza.

LAVORO

Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data in vigore della presente legge, garantendo l'uniformità della tutela dei lavoratori su tutto il territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati, uno o più decreti legislativi finalizzati al riordino della normativa in materia di:

- servizi per l'impiego;
- incentivi sull'occupazione;
- apprendistato.

I principi e criteri direttivi a cui attenersi sono:

- potenziamento dei sistemi informativi e di monitoraggio per una valutazione e semplificazione dei dati utili per la gestione complessiva del mercato del lavoro;
- valorizzazione delle sinergie tra servizi pubblici e agenzie private;
- programmazione e pianificazione delle misure relative alla promozione dell'invecchiamento attivo verso i lavoratori e le imprese, valorizzando il momento formativo;
- promozione del patto di servizio come strumento di gestione adottato dai servizi per l'impiego per interventi di politica attiva del lavoro;
- revisione e semplificazione delle procedure amministrative;
- Incrementare i livelli di occupazione stabile;
- Migliorare il tasso di occupazione stabile delle donne, dei giovani e delle persone ultracinquantenni, nell'ambito della strategia di Lisbona;
- Ridefinire la disciplina del contratto di inserimento;
- Prevedere aumenti contributivi per i contratti di lavoro a tempo parziale;
- Prevedere incentivi per la stipula di contratti di lavoro a tempo parziale;
- Prevedere misure specifiche volte all'inserimento lavorativo dei lavoratori socialmente utili;
- Rafforzamento del ruolo della contrattazione collettiva;
- Individuazione di standard nazionali di qualità della formazione in materia di profili professionali e percorsi formativi;
- Con riferimento all'apprendistato professionalizzante, individuazione di meccanismi in grado di garantire la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e l'attuazione uniforme e immediata su tutto il territorio nazionale della relativa disciplina;
- Adozione di misure volte ad assicurare il corretto utilizzo dei contratti di apprendistato.

INVALIDI CIVILI

Agli invalidi civili di età compresa tra i 18 e i 64 anni nei cui confronti sia accertata una riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 74 per cento che non svolgono attività lavorativa e per il tempo in cui tale condizione sussiste, a carico dello Stato ed erogato dall'INPS un assegno mensile di euro 242,84 per tredici mensilità.

INSERIMENTO LAVORATIVO DISABILI

Sono previste apposite convenzioni (legge 68/99) con:

- datori di lavoro privati;
- cooperative sociali;
- imprese sociali;
- disabili liberi professionisti.

Le convenzioni sono finalizzate all'inserimento temporaneo dei disabili appartenenti alle categorie individuate nella legge 68/99 presso i soggetti ospitanti, ai quali i datori di lavoro si impegnano ad affidare commesse di lavoro.

Tali convenzioni:

- non possono riguardare più di un lavoratore disabile, se il datore di lavoro occupa meno di 50 dipendenti;
- più del 30 per cento dei lavoratori disabili da assumere se il datore di lavoro occupa più di 50 dipendenti.

La convenzione è subordinata, fra l'altro, ai seguenti requisiti:

- contestuale assunzione a tempo indeterminato del disabile da parte del datore di lavoro;
- impiego del disabile presso soggetti ospitanti con oneri retributivi e previdenziali a loro carico per tutta la durata della convenzione che non può eccedere i dodici mesi;
- indicazione nella convenzione dei seguenti elementi:
 - ammontare delle commesse che il datore di lavoro si impegna ad affidare ai soggetti ospitanti;
 - nominativi dei soggetti da inserire;
 - la descrizione del piano individualizzato di inserimento lavorativo

I requisiti per la stipula della convenzione sono:

- individuazione delle persone disabili da inserire con tale tipologia di convenzione;
- durata non inferiore a tre anni;
- determinazione del valore della commessa di lavoro non inferiore alla copertura dei costi derivanti dall'applicazione della parte normativa e retributiva dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei costi previsti nel piano personalizzato di inserimento lavorativo;
- conferimento della commessa di lavoro e contestuale assunzione delle persone disabili da parte del soggetto destinatario.

OSSERVATORIO

Ai fini del monitoraggio e della verifica di coerenza con gli obiettivi del protocollo è istituito un Osservatorio presso il ministero del lavoro e della previdenza sociale con la partecipazione delle parti sociali.

OCCUPAZIONE FEMMINILE

Il Governo è delegato ad adottare entro dodici mesi dalla data in vigore della presente legge, garantendo l'uniformità della tutela dei lavoratori su tutto il territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, uno o più decreti legislativi finalizzati al riordino della normativa in materia di occupazione femminile nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- previsione di incentivi e sgravi contributivi mirati a sostenere i regimi di orari flessibili legati alla conciliazione fra lavoro e vita familiare, nonché a favorire l'aumento dell'occupazione femminile;
- revisione della vigente normativa in materia di congedi parentali;
- rafforzamento del lavoro a tempo parziale e al telelavoro;
- rafforzamento dell'azione dei diversi livelli di governo e delle diverse amministrazioni competenti, con riferimento ai servizi per l'infanzia e per gli anziani non autosufficienti, in funzioni e nell'esercizio della libertà di scelta da parte delle donne nel campo del lavoro;
- orientamento dell'intervento legato alla programmazione dei Fondi comunitari (FSE, PON);

- rafforzamento delle garanzie per l'applicazione effettiva della parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione e di lavoro;
- realizzazione di sistemi di raccolta ed elaborazione dati in grado di fare emergere e rendere misurabili le discriminazioni di genere anche di tipo retributivo;
- potenziamento delle azioni intese a favorire lo sviluppo dell'imprenditoria femminile;
- previsione di azioni e interventi che agevolino l'accesso e il rientro nel mercato del lavoro delle donne;
- definizione degli adempimenti dei datori di lavoro in materia di attenzione al genere.

DPCM 17.12.07

Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante: "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro". (GU n. 3 del 4-1-2008)

Note

E' reso esecutivo l'accordo 1° agosto 2007, citato in premessa, di cui all'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto nel quale si razionalizzano gli interventi, che già sono effettuati a legislazione vigente, al fine di pervenire ad un utilizzo efficace ed appropriato delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste ed impiegate a legislazione vigente per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

POLITICHE SOCIALI

MINISTERO DELLA SOLIDARIETA' SOCIALE

COMUNICATO

Costituzione della nuova commissione di indagine sulla esclusione sociale (GU n. 2 del 3.1.08)

SANITA'Ø

MINISTERO DELLA SALUTE

Decreto 20.12.07 - Individuazione dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, relativo all'anno 2008. (GU n. 2 del 3-1-2008)

Note

PREMESSA

Il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 222/07, prevede che:

- che a decorrere dall'anno 2008 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe "A" ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie;
- il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per la predetta assistenza farmaceutica, sia a livello nazionale che in ogni singola regione, è annualmente determinato dal Ministero della salute, entro il 15 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, sulla base del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale deliberato dal CIPE, ovvero, in sua assenza, sulla base della proposta di riparto del Ministro della salute, da formulare entro il 15 ottobre;
- La proposta di riparto delle risorse finanziarie del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2008 è pari ad euro 98.541.490.000,00.

IL RIPARTO FRA LE REGIONI

REGIONI	TOTALE FINANZIAMENTO STATO	TOTALE TETTO DI SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE (14%)
ABRUZZO	2.181.413.249	305.397.855
BASIFICATA	1.000.820.379	140.114.853
CALABRIA	3.327.829.292	465.896.101
CAMPANIA	9.260.755.414	1.296.505.758
EMILIA R.	7.274.718.669	1.018.460.614
FRIULI V.G..	2.064.849.230	289.078.892
LAZIO	9.179.935.511	1.285.190.971
LIGURIA	2.973.400.139	416.276.019
LOMBARDIA	15.764.223.028	2.206.991.224
MARCHE	2.621.717.798	367.040.492
MOLISE	541.744.168	75.844.183
PIEMONTE	7.478.643.897	1.047.146
PUGLIA	6.628.923.533	928.049.295
SARDIGNA	2.692.445.812	376.942.414
SICILIA	8.070.361.998	1.129.850.680
TOSCANA	6.302.680.159	882.375.222
UMBRIA	1.511.964.062	211.674.969
VALLE AOSTA	207.830.707	20.096.299
VENETO	7.840.168.616	1.097.623.606
BOLZANO	796.494.071	111.509.170
TRENTO	820.570.268	114.879.838
TOTALE	98.541.490.000	13.795.808.600

NB.: Ciascuna regione e provincia autonoma, nei limiti delle somme di propria pertinenza a norma del comma 1, provvedera' ad impartire alle proprie aziende sanitarie le necessarie istruzioni perche' possa essere garantito il rispetto di tale tetto.

PANORAMA REGIONALE

(BUR ufficialmente pervenuti al 15 gennaio 2008, arretrati compresi)

BILANCIO

ABRUZZO

L.R. 31.12.07, n. 47 - Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2008 e pluriennale 2008 - 2010 della Regione Abruzzo (Legge finanziaria regionale 2008). (BUR n. 2 del 4.1.08)

L.R. 31.12.076, n. 48 - Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008 - Bilancio pluriennale 2008-2010 - (BUR n. 2 del 4.1.08)

EMILIA ROMAGNA

L.R. 21.12.07, n. 24 - Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'art. 40 della L.R. 40/01 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008 e del

bilancio pluriennale 2008-2010 (BUR n. 186 del 21.12.07)

L.R. 21.12.07, n. 25 - Bilancio di previsione della Regione per l'esercizio 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010 (BUR n. 187 del 21.12.07)

FRIULI V.G.

L.R. 28.12.07, n. 30 - Legge strumentale alla manovra di bilancio (Legge strumentale 2008) e la LR 28 dicembre 2007, n. 31 - Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Legge finanziaria 2008) (BUR n. 2 del 7.1.08 s.o.)

LR 28.12.07, n. 32 - Bilancio di previsione per gli anni 2008-2010 e per l'anno 2008 (BUR . 2 del.7.1.08 s.o.)

BILANCIO

ABRUZZO

L.R. 31.12.07, n. 47 - Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2008 e pluriennale 2008 - 2010 della Regione Abruzzo (Legge finanziaria regionale 2008). (BUR n. 2 del 4.1.08)

L.R. 31.12.076, n. 48 - Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008 - Bilancio pluriennale 2008-2010 - (BUR n. 2 del 4.1.08)

CULTURA

LAZIO

DGR 30.10.07,n. 836 ó L.R. 4/07. Disciplina delle Università popolari. Approvazione criteri di assegnazione dei contributi (BUR n. 35 del 20.12.07)

DIPENDENZE

VENETO

DGR 20.11.07, n. 3739 -Approvazione del progetto Europeo: dal titolo SEID (Supplying European Interventions options on Drugs): - sottoscrizione convenzione.

Note

PREMESSA

L'iniziativa del Veneto in relazione alla progettazione di interventi innovativi nell'ambito delle dipendenze è particolarmente interessante, e pertanto se ne fornisce ampio resoconto

- Il 23 settembre 2002, il Parlamento Europeo e il Consiglio hanno adottato il nuovo programma d'azione comunitaria in materia di sanità pubblica (2003-2008) il cui obiettivo è quello di contribuire alla realizzazione di un alto livello di protezione della salute agendo sul miglioramento della salute pubblica e sulla prevenzione delle malattie e affezioni.
- Il programma costituisce una parte essenziale della strategia della Comunità Europea in materia di salute e persegue i seguenti obiettivi e azioni generali:
 - migliorare l'informazione e le conoscenze per promuovere la salute pubblica e i sistemi sanitari;
 - rafforzare la capacità di reazione rapida e coordinata alle minacce per la salute, agire sui fattori sanitari determinanti.
- Nell'ambito del suddetto programma di azione, la Commissione Europea ha approvato il progetto Europeo dal titolo SEID (Supplying European Interventions options on Drugs)

presentato da FICT (Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche) e di cui la Regione Veneto è partner, che rientra nell'Area di intervento: determinanti sanitari - Azione 3.1.3 supporto alle strategie comunitarie chiave sulle sostanze psicoattive.

- Il progetto SEID (Supplying European Interventions options on Drugs), ha la finalità generale di sviluppare un dialogo comune e di scambio reciproco tra i differenti paesi partner coinvolti nel progetto sulle diverse opzioni di intervento attuate nei confronti dei giovani poliassuntori.
- Il progetto, sostanzialmente, combinerà i diversi contributi che ciascun partner darà sui temi della prevenzione, cura e inclusione sociale dei giovani poliassuntori con l'obiettivo di sperimentare delle azioni pilota a livello locale nei diversi paesi e arrivare così alla stesura di un Catalogo transnazionale sulle diverse opzioni di intervento sperimentate.
- La metodologia che caratterizzerà il progetto si basa su 3 strumenti specifici:
 - l'apprendimento cooperativo;
 - le sperimentazioni su campo e i Focus Group.

LO SVOLGIMENTO DEL PROGETTO

SEID avrà la durata di 3 anni (a partire dal mese di settembre 2007) e si svilupperà in 6 macroazioni:

- 1) il coordinamento;
- 2) la disseminazione;
- 3) la valutazione;
- 4) la definizione delle 3 azioni pilota locali;
- 5) la sperimentazione: "fertilizzazione tra i partner";
- 6) il Catalogo transnazionale delle opzioni di intervento rivolte ai giovani poliassuntori.

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

- Porre attenzione specifica e dare evidenza agli interventi che tutti i partner realizzano in risposta al fenomeno dei giovani poliassuntori, quale gruppo specifico definito dall'Unione EU ad alto rischio di salute e sociale.
- Supportare un processo di "fertilizzazione" reciproca tra i paesi coinvolti nel progetto sugli interventi che i diversi partner realizzano in risposta al fenomeno dei giovani poliassuntori

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

- Ottenere lo stato dell'arte dei 9 paesi coinvolti nel progetto circa gli interventi di prevenzione, cura e inclusione sociale che ciascun partner realizza;
- condividere e comparare i diversi interventi che ciascun partner realizza nel proprio paese;
- identificare i contesti, le competenze, i modelli organizzativi, i modelli teorici di riferimento che possono essere "utilizzati" come elementi di fertilizzazione reciproca;
- definire le azioni chiave pilota da realizzarsi al livello locale nei nove paesi coinvolti;
- identificare l'impatto delle sperimentazioni attuate nei diversi paesi;
- condividere a livello EU il menù delle opzioni di intervento in tema di giovani poliassuntori;
- coinvolgere le reti locali (stakeholders) che a diverso livello intervengono sul tema dei giovani poliassuntori.

I RISULTATI ATTESI DEL PROGETTO (7)

1. un effettivo ed efficiente coinvolgimento di tutti i partner progettuali;
2. l'aumento del livello di conoscenza tra i partner sui temi della prevenzione primaria, cura e inclusione sociale;
3. avere 9 operatori formati e 9 equipe dedicate, ciascuna di un paese diverso, in grado di sperimentare le azioni pilota locali;
4. avere un vasto menù di opzioni di intervento rivolte ai giovani poliassuntori;
5. un alto livello di disseminazione dei prodotti e dei risultati progettuali durante tutte le fasi;
6. un ampio coinvolgimento degli stakeholders utili al raggiungimento degli obiettivi progettuali;
7. la formalizzazione di una rete che possa garantire la sostenibilità del progetto.

IL COSTO

Il costo complessivo del progetto è p 548.227,00, la compartecipazione a carico della Regione Veneto è stimata in p 36.714,42, e fornita attraverso la partecipazione di proprio personale; non vi sono oneri finanziari aggiuntivi a carico della regione Veneto.

DGR 4.12.07, n. 3921 -Fondo Regionale di Intervento per la Lotta alla Droga: Piani triennali di intervento - area dipendenze - Anno 2007. Finanziamento seconda annualità. (BUR n. 1 dell'01.1.08)

Note

Viene disposto di ripartire , sulla base dei criteri indicati nella Dgr 456 del 28 Febbraio 2006, il finanziamento dei piani triennali di intervento alle Aziende Ulss come segue:

Ente	Riparto 2007
Az. Ulss 1 Belluno	110.560,00
Az. Ulss 2 Feltre	71.920,00
Az. Ulss 3 Bassano del Grappa	164.720,00
Az. Ulss 4 thiene	178.000,00
Az. Ulss5 Arzignano	172.880,00
Az. Ulss 6 Vicenza	305.920,00
Az. Ulss 7 Pieve di Soligo	229.120,00
Az. Ulss 8 Asolo	244.880,00
Az. Ulss 9 Treviso	335.520,00
Az. Ulss 10 San Donà di Piave	204.800,00
Az. Ulss 12 Veneziana	328.320,00
Az. Ulss 13 Mirano	307.920,00
Az. Ulss 14 Chioggia	150.960,00
Az. Ulss 15 Cittadella	218.560,00
Az. Ulss 16 Padova	480.960,00
Az. Ulss 17 Este	189.760,00
Az. Ulss 18 Rovigo	159.040,00
Az. Ulss 19 Adria	69.040,00
Az. Ulss 20 Verona	506.240,00
Az. Ulss 21 Legnago	154.560,00
Az. Ulss 22 Bussolengo	216.320,00
TOTALE	4.800.000,00

EDILIZIA

BASILICATA

L.R. 18.12.07, n. 24 Norme per l'assegnazione e la gestione e la determinazione dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (BUR n. 58 del 19.12.07)

ENTI LOCALI

DGR 11.12.07, n. 3937 -Intesa tra la Regione del Veneto e la Provincia Autonoma di Trento per favorire la cooperazione tra i territori confinanti, ratificata con legge regionale 26 ottobre 2007, n. 31: adempimenti per l'attuazione.

Note

Al fine di favorire la crescita competitiva delle aree del territorio veneto confinanti con la Provincia Autonoma di Trento, anche mediante strumenti giuridici innovativi e nel solco dei proficui rapporti di collaborazione da tempo esistenti tra l'Amministrazione regionale e quella provinciale, con deliberazione n. 1439 del 22 maggio 2007 la Giunta Regionale ha autorizzato la sottoscrizione di un'Intesa con la Provincia Autonoma di Trento ai sensi dell'articolo 117, ottavo comma, della Costituzione.

Sono designati a far parte del gruppo di lavoro all'uopo istituito:

1. di designare in rappresentanza della Regione del Veneto, tenuto conto dei compiti permanenti di istruzione per gruppi di materie affini affidati ai singoli membri della Giunta Regionale ai sensi dell'articolo 33, secondo comma dello Statuto, nonché dei settori di intervento previsti dall'Intesa, i seguenti componenti della Commissione per la Gestione dell'Intesa:

- Giancarlo Galan Presidente della Regione del Veneto
- nonché riferimento per i settori della programmazione e della cultura
- Renato Chisso per i settori infrastrutture e reti di trasporto
- Elena Donazzan per i settori istruzione e formazione
- Fabio Gava per i settori sviluppo locale e alta formazione
- Francesca Martini per il settore sanità
- Flavio Silvestrin per gli enti locali

2. di designare l'Assessore Oscar De Bona con delega ai trasporti a fune, quale delegato del Presidente della Regione in seno alla Commissione, ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 dell'Intesa

FAMIGLIA

CALABRIA

DGR 9.11.07, n. 703 Concessione di finanziamenti di specifici programmi per la gestione di asili nido e di micro-nidi nei luoghi di lavoro (BUR n. 23 del 15.12.07)

VENETO

DGR 4.12.07, n. 3923 -Marchio Famiglia: implementazione progetto biennio 2007-2008. (BUR n. 1 del 1.1.08)

Note

PREMESSA

La legge 328 dell'8 novembre 2000 art. 1 (principi generali e finalità) dispone che la Repubblica assicuri alle persone e alle famiglie un sistema integrato di azioni, progetti e servizi sociali, e promuova interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza.

Nel ricordare che la legge in questione individua nei Comuni la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi da svolgersi a livello locale e la concorrenza alla programmazione regionale che appunto è funzione specifica delle Regioni oltre che il coordinamento e l'indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a

livello territoriale, assume una posizione di rilievo quanto indicato all'Art. 16 (Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari).

Quest'ultimo fa esplicito riferimento ad un sistema integrato di interventi e servizi sociali in cui peculiare è la famiglia nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale, nel sostegno e nella valorizzazione dei molteplici compiti che essa svolge.

Alle famiglie è riconosciuto il ruolo fondamentale che ricoprono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello svolgersi della vita quotidiana; ragione per cui viene messa in risalto l'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

La Programmazione Regionale nell'ambito sociale muove da questi presupposti, ai quali deve necessariamente abbinare gli esiti delle precedenti programmazioni che hanno visto il loro sviluppo negli ultimi decenni; infatti la Regione del Veneto ha colto il nuovo orientamento delle politiche e dei servizi all'infanzia e adolescenza, anticipando alcuni strumenti innovativi e affiancando a modalità preesistenti di erogazione dei servizi, specifici e compositi interventi negli ambiti della prevenzione, tutela e della promozione.

Tra gli amministratori pubblici e gli operatori si è consolidata la consapevolezza della necessità di aiutare gli adulti nella funzione genitoriale ed educativa per incidere e migliorare la vita di bambini e ragazzi.

A tale riguardo una completa revisione delle politiche di sostegno alla famiglia, ed in particolare di quella con prole, è al centro dell'agenda europea, nazionale e regionale della politica del welfare. Viene quindi riconosciuta la priorità degli interventi rivolti ai soggetti in crescita ed alle loro famiglie e la volontà di sostenere e rilanciare un processo di collaborazione ed integrazione degli interventi e dei servizi rivolti ad infanzia, adolescenza e famiglie, con il coinvolgimento diretto e indiretto di referenti pubblici e privati nonché dell'associazionismo.

IL PROGETTO PILOTA

Pertanto viene affermata l'esigenza di proseguire nello sviluppo del piano regionale di cui alla DGR 1855/06, *avente per oggetto Fondo regionale di intervento per l'Infanzia e Adolescenza. "Il Veneto a sostegno della famiglia e della genitorialità sociale" che si sostanzia nel Progetto Pilota Marchio famiglia.*

Si tratta di un progetto pilota per sperimentare, a livello locale, nuove iniziative rivolte alla famiglia, alla genitorialità ed ai minori, e che attualmente, a livello regionale, è già avviato quanto previsto per "il Marchio famiglia" a favore dei soggetti che nel richiederlo si impegnano a realizzare particolari proposte per le famiglie rispettando determinati standard, modalità e/o politiche.

Al fine di rendere effettiva l'incisività del conferimento del Marchio Famiglia e di convogliare opportunità e servizi che sono in sintonia con l'iniziativa, si prevede di consolidare il progetto già avviato, attraverso le seguenti azioni:

1. implementazione del progetto/processo Marchio Famiglia di sensibilizzazione degli attori e delle organizzazioni sociali, commerciali, culturali e turistiche, agro-alimentari ecc. e approvazione dei disciplinari indispensabili per l'assegnazione del Marchio Famiglia, destinati ai soggetti pubblici o privati che dichiarano di essere in possesso dei requisiti richiesti e si impegnano a mantenerli per ottenere il riconoscimento di servizio di qualità, attento alla famiglia ovvero il Marchio Famiglia. Sono destinati per 200.000,00 da assegnare all'ULSS 3, Bassano del Grappa, sede dell'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia, affinché provveda alla stesura del programma per la realizzazione e per lo svolgimento delle attività connesse al progetto Marchio Famiglia secondo le indicazioni sotto riportate, ai punti a., b. e c.;
2. promozione e sostegno per la diffusione dei nuovi servizi destinati alla prima infanzia, svolti presso le civili abitazioni, (tipo nido in famiglia) al fine di dare continuità alla sperimentazione già avviata nel 2005 grazie al Bando Regionale Mamma per Mamme, nonché per individuare e definire

un modello originale (veneto) di "nido in famiglia", precisandone i requisiti e le modalità di funzionamento, focalizzando l'obiettivo sulla erogazione del servizio medesimo.

L'intento è di elaborare, sulla base delle esperienze condotte dalle n.8 Cooperative vincitrici del Bando Mamma per Mamme, un modello di conduzione e di erogazione dell'unità di offerta proprio della realtà veneta, che garantisca una buona risposta alle famiglie, che dia sicurezza alle operatrici in merito ai contratti e alla gestione del servizio domiciliare, che sia di riferimento alle Amministrazioni Comunali affinché si avvalgano, direttamente o indirettamente, delle opportunità che queste tipologie /modalità di servizio offrono. I presupposti e le linee di indirizzo saranno oggetto di uno specifico studio che sarà elaborato dalla Direzione Regionale per i Servizi Sociali, Servizio Famiglia e sarà supportato dall'attività dell'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia per quanto di sua competenza, nella loro definizione.

Il modello sperimentale di "nido in famiglia", e ogni altro atto necessario per il suo funzionamento viene demandato a specifici atti del Dirigente Regionale competente.

Sono destinati € 60.000,00 da assegnare all'ULSS 3, Bassano del Grappa, sede dell'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia, affinché provveda alla stesura del programma per la realizzazione e per lo svolgimento delle attività connesse al progetto sperimentale "nido in famiglia" secondo le indicazioni sotto riportate, al punto d.;

3. progetto valutazione di impatto sociale -VIS- per la famiglia, l'infanzia e l'adolescenza: nell'intento di applicare il progetto a livello sperimentale presso alcune amministrazioni locali individuate, in questa fase si prevede venga predisposto il progetto, le modalità attuative e la relativa tempistica. Lo studio e la stesura del progetto troveranno attuazione grazie al successivo Piano Infanzia, Adolescenza e Famiglia e consisterà nell'impegno di alcune Amministrazioni Pubbliche ad individuare una modalità di valutazione e registrazione dell'impatto che atti e deliberazioni pubbliche provocano, direttamente o indirettamente, su infanzia, adolescenza, giovani e famiglia. Il relatore propone che l'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia sia incaricato a supportare la Direzione Regionale per i Servizi Sociali, in particolare, Servizio Famiglia, nell'accompagnamento e nel monitoraggio delle progettualità e nella predisposizione e conduzione dei progetti sperimentali attinenti alla VIS; per esso si prevede di impegnare la quota di € 55.500,00 a favore dell'ULSS 3 Bassano del Grappa, sede dell'Osservatorio medesimo.

4. promozione e sostegno per i servizi educativi alla Prima Infanzia che attuano un orario e offrono una modalità organizzativa particolarmente attenta alle necessità delle famiglie, riconosciuti dalla Regione del Veneto, ai sensi della L.R. 32/90.

Si tratta di incoraggiare i servizi che nella loro programmazione ed erogazione prevedono un'offerta in grado di rendere attuabile concretamente la conciliazione tra realtà lavorativa e vita quotidiana, tra tempo libero e impegno sociale.

Ai servizi che operano appunto nella direzione di supportare concretamente la famiglia, si propone sia riconosciuto l'impegno attraverso l'identificazione - Marchio Famiglia - e sia corrisposta l'assegnazione di una quota incentivante per i maggiori oneri sostenuti.

Per l'individuazione di tali servizi è utilizzata la banca dati dei servizi educativi prima infanzia che ogni anno rileva il funzionamento e la frequenza dei servizi autorizzati ai sensi della L.R. 32/90, ed in particolare si fa riferimento alla DGR 3081/07 che riporta appunto gli Enti beneficiari del contributo regionale per i servizi di cui alla L.R. 32/90.

L'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, riporta i n. 347 Servizi Nido e/o Innovativi che effettuano un orario di servizio superiore alle 9 ore, come attestato dai dati estrapolati dalle schede di rilevazione attività, agli atti della Direzione Regionale per i Servizi Sociali, nonché una quota una tantum di € 1.500,00 ad ognuno assegnato, per un totale complessivo di € 520.500,00

5. promozione e sostegno per le unità d'offerta denominate "nido in famiglia" identificate tra quelle sorte grazie al Bando Regionale Mamma per Mamme, di cui alla DGR 3985/05, e quelle che

entreranno in funzione con i requisiti e le modalità definite nel progetto sperimentale "Nido in Famiglia" di cui al precedente punto 2.

Il carattere sperimentale e innovativo di questa unità d'offerta, si caratterizza per la maggiore flessibilità, distinguendosi per la dimensione familiare qualificata. Ai servizi che operano appunto nella direzione di supportare concretamente la famiglia, si propone sia riconosciuto l'impegno attraverso l'identificazione - Marchio Famiglia - e sia corrisposta l'assegnazione di una quota a supporto dell'avvio dell'attività.

Per l'individuazione e il monitoraggio di tali unità d'offerta, tenuto conto che sarà fatto riferimento all'elenco delle Operatrici formate e che erogano il servizio presso il domicilio, in virtù dell'espletamento del Bando Mamma per Mamme e alle operatrici di nido in famiglia che opereranno grazie al progetto di cui al precedente punto 2., si propone sia dato incarico all'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia, in attuazione del progetto sperimentale nido in famiglia, affinché provveda a sostenere la preparazione, il monitoraggio e l'attività delle unità d'offerta nido in famiglia.

Per lo svolgimento di quanto innanzi indicato, si propone di assegnare € 304.000,00 all'ULSS 3, Bassano del Grappa, sede dell'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia. In continuità con l'attività già svolta e per l'esperienza maturata, si propone di affidare la realizzazione di quanto indicato ai precedenti punti 1., 2., 3., 5., all'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia, istituito presso l'Azienda ULSS n. 3 di Bassano del Grappa (VI) che in particolare provvederà a:

- a) proseguire nelle attività già avviate in relazione al punto 1. e a predisporre un programma che indichi tempi, soggetti e modalità attuative prevedendo sistemi di diffusione/pubblicità mirati e finalizzati all'accrescimento dei soggetti proponenti (quelli a cui viene attribuito il marchio famiglia) e delle famiglie fruitrici;
- b) Attribuire periodicamente il marchio famiglia alle iniziative meritevoli, a mantenere il monitoraggio in relazione al loro impegno, a raccogliere e organizzare l'indice di soddisfazione che si registra nelle famiglie;
- c) predisporre una guida biennale da divulgare alle famiglie della Regione Veneto con le opportunità previste e a loro rivolte;
- d) curare la predisposizione del progetto "nidi in famiglia" a supporto del Servizio famiglia anche attraverso l'individuazione e costituzione del gruppo di studio che elabori un modello organizzativo-gestionale specifico per la Regione del Veneto;
- e) supportare la Direzione Regionale per i Servizi Sociali, Servizio Famiglia, nell'espletare quanto indicato nei punti 2. 3. e 5.

Per le funzioni in capo all'Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia in relazione ai compiti testé individuati, sarà cura dello stesso predisporre appositi distinti programmi con la definizione della tempistica che saranno valutati e approvati con successivo provvedimento del Dirigente Regionale della Direzione Regionale per i Servizi Sociali.

Le spese per lo svolgimento del Progetto Pilota Marchio famiglia, che si articola nelle n.5 azioni indicate ad i relativi punti 1., 2., 3., 4. e 5., che ammontano complessivamente ad € 1.140.000,00 trovano copertura sui fondi stanziati per l'esercizio 2007, al capitolo di spesa 61231 del Bilancio Regionale, "Fondo per Infanzia e Adolescenza" che dispone di sufficienti fondi.

L'onere complessivo di € 1.140.000,00 per la realizzazione del "Progetto Pilota Marchio famiglia", è suddiviso in relazione alle n.5 azioni in cui si declina il progetto medesimo:

1. Implementazione Marchio Famiglia € 200.000,00;
2. Progetto nido in famiglia € 60.000,00;
3. Progetto VIS Valutazione Impatto Sociale € 55.500,00;
4. Promozione e sostegno per i servizi educativi alla Prima Infanzia che attuano un orario e offrono una modalità organizzativa particolarmente attenta alle necessità delle famiglie, riconosciuti dalla Regione del Veneto, ai sensi della L.R. 32/90 € 516.000,00;

5. Promozione e sostegno per la diffusione *dei nuovi servizi destinati alla prima infanzia, svolti presso le civili abitazioni*, (tipo nido in famiglia) p 304.000,00

GIOVANI

LOMBARDIA

DGR 12.12.07,n. 8/6161 ó Criteri per la selezione di progetti in attuazione del programma òNuova generazione di idee. Le politiche e le linee di intervento per i giovani di regione Lombardia (BUR n. 257 del 17.12.07)

Note

Sono approvati i criteri per la selezione di progetti sopra indicati.

Finalità

Per realizzare politiche giovanili efficaci e rispondenti ai bisogni espressi dai giovani del territorio i progetti presentati rispondono ai seguenti obiettivi generali e linee strategiche:

Obiettivi

- sviluppare la creatività e la capacità imprenditiva dei giovani;
- sviluppare l'autonomia e la responsabilità dei giovani attraverso l'aumento delle opportunità di transizione alla vita adulta;
- sviluppare le competenze alla vita dei giovani apprese in ambiti complementari ai sistemi educativi e formativi tradizionali.

Target di riferimento

Le proposte devono riguardare interventi rivolti ai giovani di età compresa fra i 14 e i 30 anni.

Strategie

- innovazione: sviluppo di progetti e programmi attraverso l'integrazione di diversi approcci disciplinari e metodologiche di intervento che valorizzano l'intersectorialità;
- sperimentazione: realizzazione di progetti o programmi con azioni sperimentali che promuovano un miglioramento, in termini di efficacia e di rispondenza ai bisogni, di buone prassi, e la realizzazione di sperimentazioni e messa a punto di modelli di intervento estensibili ad ambiti più vasti o ad altri ambiti più vasti o ad altri ambiti territoriali;
- empowerment territoriale: sviluppo di collaborazione tra le risorse presenti sul territorio attraverso la valorizzazione dei partenariati per la progettazione e la realizzazione degli interventi e il coinvolgimento di reti come modalità di partecipazione e di supporto ai progetti stessi;
- conoscenza: scambio di esperienze tra i soggetti coinvolti al fine di evidenziare le indicazioni utili per la programmazione locale e regionale, contributi per la conoscenza delle dinamiche giovanili e valutazione dell'efficacia delle politiche attivate.

Strumenti

Gli obiettivi e le strategie sopra indicati vengono perseguiti attraverso la presentazione di proposte da selezionare ai fini dell'inserimento nell'accordo di programma.

Soggetti proponenti, attuatori, beneficiari

Le proposte devono essere presentate in partenariato da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro attraverso un capofila.

Progetti ammissibili

I requisiti essenziali sono:

- sono riconducibili alla fattispecie del progetto integrato;
- sono presentate in partenariato pubblico e privato;
- prevedono interventi riconducibili alle tipologie indicate come ammissibili;
- prevedono il cofinanziamento minimo previsto a carico dei proponenti;
- hanno un valore minimo non inferiore a 500:000 euro.

In tale contesto assume particolare valore il progetto integrato.

Le aree tematiche

- Sostegno alla creatività giovanile e sviluppo della capacità imprenditoriale dei giovani;
- Partecipazione giovanile;
- Sviluppo di reti;
- Orientamento studio/lavoro;
- Accesso all'occupazione;
- Formazione;
- Informazione/comunicazione;
- Promozione dello sport e suoi valori;
- Counseling e prevenzione di comportamenti individuali a rischio.

Tipologie di intervento ammissibili

- Interventi di natura strutturale
 - realizzazione di spazi per i giovani e relative dotazioni strumentali;
 - ristrutturazione ordinaria di edifici;
 - realizzazione di progetti tematici;
 - realizzazione di progetti di messa in rete di servizi innovativi sperimentati con successo;
 - realizzazione di progetti che coinvolgono direttamente i giovani;
 - creazione di laboratori creativi;
 - reti e strumenti informatici;
 -
- Interventi complementari
 - acquisto di software;
 - organizzazione di eventi;
 - formazione del personale.

Modalità attuative

Le fasi sono:

- Fase concorsuale;
- Fase definizione tecnica;
- Fase attuativa.

Criteri di ammissibilità

- Appartenenza dei soggetti richiedenti alla categoria individuata;
- Rispondenza ai requisiti di ammissibilità riferiti al progetto;
- Valutazione complessiva del progetto integrato non inferiore a 60 punti.

Criteri di priorità

- Rilevanza regionale del progetto;
- Coinvolgimento diretto dei giovani al progetto.

Intensità d'aiuto ed entità massima concedibile

È pari al 60% e l'importo massimo non può essere superiore a 2.000.000 per il progetto integrato.

Criteri da valutazione delle proposte

- innovazione;
- sperimentazione;
- empowerment territoriale;
- conoscenza;
- sostenibilità;
- rilevanza strategica;
- pari opportunità;
- metodologia;
- capacità di gestione finanziaria ed operativa;
- coinvolgimento finanziario

- adeguatezza del budget.

Obiettivi generali e obiettivi specifici dell'APQ

Sono in tale contesto ripresi gli obiettivi sopra indicati.

IMMIGRATI

VENETO

DGR. 4.2.07, n. 3932 Accordo di Programma tra Ministero della Solidarietà Sociale e Regione Veneto per la realizzazione di interventi finalizzati alla diffusione della conoscenza della lingua italiana destinato ai cittadini extracomunitari regolarmente presenti in Italia. (BUR n. 1 dell'08.1.08)

DGR 11.12.07, n. 2937 - Programma di iniziative e di interventi in materia di immigrazione, anno 2007. Area di intervento "Formazione". Programma di interventi finalizzati alla diffusione della conoscenza della lingua italiana destinato ai cittadini extracomunitari regolarmente presenti nel Veneto. Approvazione Convenzione con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto. (BUR n. 3 dell'08.1.08)

DGR 11.12.07, n. 4005 Programma di iniziative e di interventi in materia di immigrazione anno 2007 (D.G.R. n. 3041 del 2.10.2007). Attuazione Aree di intervento: "Gestione di flussi migratori legali per motivi di lavoro" e "Patto di accoglienza e di integrazione". (BUR n. 3 dell'08.1.08)

Note

PREMESSA

Il Programma annuale 2007 in materia di immigrazione, approvato con D.G.R. n. 3041 del 2.10.2007, indica quale obiettivo generale la strutturazione progressiva di un sistema regionale di attività e servizi per il governo dei flussi migratori legali e per la integrazione degli immigrati regolarmente soggiornanti in rapporto alla qualità della vita di tutta la comunità regionale.

A tal fine nel progetto sono previsti:

- il rafforzamento dei rapporti di collaborazione già avviati con le Autorità e gli Enti pubblici e privati dei Paesi di origine promuovendo nuovi raccordi e azioni di informazione sui trend occupazionali e di diffusione della legalità dei flussi migratori;
- il sostegno a programmi di formazione e istruzione nei Paesi di origine, promossi ai sensi dell'art. 23 del Testo Unico sull'immigrazione e validati ai sensi del Decreto Interministeriale 22 marzo 2006 "Svolgimento dei programmi di istruzione e formazione all'estero", finalizzati all'incontro tra domanda occupazionale veneta e offerta di lavoro non comunitaria, tenuto conto dell'andamento dei livelli di disoccupazione dei lavoratori italiani e stranieri residenti monitorati dai Centri per l'impiego;
- il raccordo strutturato con i Ministeri interessati per l'inserimento dei partecipanti ai programmi formativi all'estero nelle liste di prelievo di cui all'art. 34, comma 2, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 394/1999, così come sostituito dall'art. 29 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 334/2004;
- l'assistenza all'immigrazione di ritorno e al reinserimento nelle società nazionali degli immigrati legali che intendano rientrare nei luoghi di origine una volta scaduto il contratto di lavoro.

Il progetto inoltre si propone di sostenere l'accompagnamento all'inserimento sociale nel Veneto dei lavoratori formati nei Paesi di origine mediante la definizione e applicazione del Patto di accoglienza e di integrazione, strumento sperimentale introdotto dal Piano triennale di interventi in materia di immigrazione

ISTRUZIONE

UMBRIA

DCR 11.12.07, n. 208 ó Piano triennale per l'attuazione del diritto allo studio ó Anni 2007/2009 ó L.R. 28/02 (BUR n. 56 del 27.12.07)

LAVORO

BASILICATA

L.R. 18.12.07, n. 27 - Monitoraggio del fenomeno infortunistico e misure per la prevenzione degli infortuni e per la sicurezza e la salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro (BUR n. 58 del 19.12.07)

MINORI

BASILICATA

L.R. 18.12.07, n. 26 ó Istituzione Osservatorio Regionale sulla violenza di genere e sui minori (BUR n. 58 del 19.12.07)

Note

ARTICOLO 1

Finalità

1. La Regione Basilicata riconosce che ogni forma di violenza contro le donne ed i minori costituisce un grave oltraggio alla inviolabilità della persona e una violazione della sua libertà, secondo i principi sanciti dalla Costituzione e dalle leggi vigenti.
2. La presente legge persegue la finalità di prevenire e contrastare il fenomeno della violenza di genere e sui minori sull'intero territorio regionale.

ARTICOLO 2

Osservatorio sulla violenza di genere e sui minori

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 è istituito l'"Osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori" presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che assicura il necessario supporto tecnico, amministrativo e funzionale.

ARTICOLO 3

Composizione e funzionamento

1. L'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori, di seguito denominato Osservatorio, è composto da:
 - a) Assessore regionale del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
 - b) Presidente della Commissione Regionale Pari Opportunità o suo delegato;
 - c) cinque esperti designati dall'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale, in possesso di comprovata esperienza nel settore;
 - d) tre rappresentanti designati dalle Associazioni operanti nel settore presenti sul territorio regionale;
2. La partecipazione dei componenti all'Osservatorio è gratuita.
3. L'Osservatorio è costituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale.
4. I componenti dell'Osservatorio restano in carica cinque anni e possono essere confermati.
5. Il funzionamento dell'Osservatorio è disciplinato da apposito regolamento interno, adottato a maggioranza assoluta dei componenti.
6. Svolge funzioni di segretario un funzionario del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale.

ARTICOLO 4

Compiti e funzioni

1. L'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori è preposto allo svolgimento di ricerche e studi sulle problematiche inerenti la violenza di genere e quella sui minori, finalizzati a fornire orientamenti e proposte operative.

2. In particolare l'attività dell'Osservatorio concorre a fornire un contributo alla programmazione regionale attraverso i seguenti compiti:

- a) monitoraggio dei fenomeni di violenza di genere e sui minori;
- b) raccolta di dati e di documentazione sul fenomeno;
- c) lettura, analisi ed elaborazione dei dati raccolti;
- d) rapporti con le strutture pubbliche cui compete l'assistenza, la prevenzione e la repressione delle violenze;
- e) realizzazione di iniziative di studio e di ricerca sulla violenza e sulla sua prevenzione;
- f) analisi dei bisogni formativi degli operatori sia pubblici che privati che intervengono sul fenomeno;
- g) valutazione degli interventi regionali e proposte per rendere gli stessi più efficaci o suggerimenti in ordine a nuovi interventi;
- h) realizzazione di iniziative di sensibilizzazione ed informazione attraverso seminari, pubblicazioni e convegni sulla violenza di genere e quella sui minori.

3. Presso l'Osservatorio è costituito un Registro ove sono iscritti i centri anti violenza operanti sul territorio regionale.

ARTICOLO 5

Programma annuale di attività

1. L'Osservatorio, in raccordo con il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, predispone entro il mese di ottobre di ogni anno un programma di attività da svolgere nell'anno successivo, corredato anche da un apposito preventivo finanziario.

2. Il programma annuale di attività è approvato dalla Giunta Regionale, previo parere della Commissione Consiliare competente.

ARTICOLO 6

Relazione annuale

1. L'Osservatorio presenta al Consiglio Regionale, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione dettagliata sui dati acquisiti, sull'attività svolta, sulle osservazioni e proposte elaborate.

2. La relazione annuale è diffusa a mezzo degli organi di stampa ed il sito web della Regione e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

3. La relazione annuale è sottoposta a discussione in Consiglio Regionale.

ARTICOLO 7

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati per l'anno 2007 in euro 50.000,00

CALABRIA

DGR 9.11.07, n. 706 ó Linee Guida sull'affidamento familiare della regione. Revoca DGR 474/02 (BUR n. 23 del 15.12.07)

VENETO

DGR 27.11.07, n. 3826 Approvazione piano straordinario di intervento per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio educativi per la prima infanzia. Legge 27 dicembre 2006, n. 296 - art. 1, comma 1259.(BUR n. 110 del 25.12.07)

DGR 4.12.07, n. 3922 Interventi a favore dell'adozione nazionale ed internazionale. (BUR n. 1 del 1.1.08)

Note

PREMESSA

A seguito dell'attuazione della legge 476/98 la Regione del Veneto ha definito negli anni con diversi provvedimenti un sistema articolato e coerente di iniziative, azioni e progetti a favore dell'adozione. Si ricordano in particolare:

- la preparazione e la formazione di 26 équipes specializzate all'interno dei consultori familiari e la stesura delle linee guida regionali (2001);
- la firma nel 2001, insieme al Tribunale per i Minorenni di Venezia, i 18 enti autorizzati e i Direttori delle Aziende Ulss del Veneto del primo Protocollo Operativo Regionale attraverso il quale è stata avviata una prassi operativa orientata alla qualificazione dell'intervento di tutti i soggetti impegnati alla collaborazione e allo sviluppo dei flussi informativi e, nel 2004, la firma del secondo Protocollo che ha sostanzialmente confermato le scelte di fondo operate fin dall'inizio;
- la realizzazione, a partire dal 2001, di centinaia di corsi di informazione e sensibilizzazione che vengono offerti in tutti gli ambiti territoriali a tutte le coppie che si avvicinano all'adozione;
- l'approvazione nel 2004, contestualmente al rinnovo del protocollo, di un progetto pilota regionale attraverso il quale in ogni ambito provinciale gli operatori delle équipes consultoriali e gli operatori degli enti hanno sviluppato progetti di sostegno e accompagnamento del minore adottato e della sua nuova famiglia.

LE AZIONI APPROVATE

1. Continuazione del progetto "Veneto Adozioni - Nemmeno le balene" e finanziamento della seconda annualità.

Con le attività realizzate l'obiettivo di fare "rete" e di fare "sistema" con i diversi attori presenti sul territorio ha segnato decisi passi in avanti. La collaborazione fra i soggetti interessati (Regione, Enti autorizzati, équipes adozioni delle Aziende Ulss) che ha contrassegnato positivamente le azioni intraprese, la sostanziale condivisione, delle missioni tecnico-istituzionali all'estero, dei tavoli di monitoraggio, delle attività di supporto e di formazione per gli stage all'estero degli operatori pubblici, sono solo alcuni dei fatti più significativi di un dialogo e di una collaborazione che nella prosecuzione delle varie azioni del progetto sta via via diventando più proficua, fattiva e reale. Per il finanziamento della seconda annualità del progetto, viene assegnato l'importo di € 600.000,00 a favore dell'azienda Ulss 9 cui era già stata assegnata la realizzazione della prima parte del progetto.

2. "Sottoscrizione aggiuntiva" del Veneto all'Intesa Istituzionale di Programma per un piano pluriennale di interventi in Etiopia.

L'Etiopia è il terzo paese per numero di bambini adottati nella Regione del Veneto e il primo nell'area africana.

3. Progetto Kebebe Tseai (Addis Abeba)

Il progetto Kebebe Tseai è una delle iniziative che sono state proposte e discusse con le Autorità Etiopi nell'ambito della missione politico-istituzionale realizzata a giugno del c.a. ed è relativa alla realizzazione, con finanziamenti regionali, di un progetto di cooperazione finalizzato a potenziare e qualificare l'intervento nei confronti dei bambini orfani e/o abbandonati fino agli 8 anni ospiti nell'Istituto Kebebe Tseai ad Addis Abeba. L'istituto è uno dei tre orfanotrofi a gestione governativa, delle circa 50 strutture presenti nella capitale dell'Etiopia. In detto istituto operano alcuni degli enti autorizzati firmatari del protocollo operativo regionale e da questo istituto provengono alcuni dei bambini adottati nel nostro paese. Il progetto è agli atti della Direzione Regionale competente. Il finanziamento di tale progetto è un'iniziativa concreta che potrà affiancare gli altri microprogetti di cooperazione e le iniziative di scambio in atto, e che potrà ulteriormente sostenere l'azione degli enti autorizzati presenti in Etiopia e del "sistema Regione" nell'ambito dell'adozione internazionale. Particolarmente significativo è il fatto che l'interlocutore è l'autorità amministrativa che concretamente si occupa dei processi di accoglienza dei bambini abbandonati e dei procedimenti di adozione internazionale.

Il progetto verrà realizzato dagli enti autorizzati firmatari del protocollo operativo regionale per le adozioni accreditati dalle autorità etiopi (AMI - Amici Missioni Indiane, CIFA - Centro Internazionale Aiuti all'Infanzia e la Famiglia Onlus, CIAI - Centro Italiano Aiuti per l'Infanzia Onlus, NOVA - Nuovi Orizzonti per Vivere l'Adozione).

Il finanziamento complessivo del progetto è pari a € 100.000,00.

DGR 27.11.07, n. 3827 - Piano Regionale Infanzia, Adolescenza, Famiglia: biennio gennaio 2008-dicembre 2009 .(BUR n. 110 del 25.12.07)

Note:

PREMESSA

La legge 328 dell'8 novembre 2000 dispone che:

- la Repubblica assicuri alle persone e alle famiglie un sistema integrato di azioni, progetti e servizi sociali, e promuova interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza.
- la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato, in ottemperanza a quanto disposto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
- I Comuni hanno la titolarità delle funzioni amministrative concernenti gli interventi da svolgersi a livello locale e la concorrenza alla programmazione regionale che appunto è funzione specifica delle Regioni oltre che il coordinamento e l'indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale

In tale contesto assume una posizione di rilievo quanto indicato all'Art. 16 (*Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*).

IL RUOLO RICONOSCIUTO DELLA FAMIGLIA

Nel sistema integrato di interventi e servizi sociali peculiare è la famiglia nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale, nel sostegno e nella valorizzazione dei molteplici compiti che essa svolge.

Alle famiglie è riconosciuto il ruolo fondamentale che ricoprono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello svolgersi della vita quotidiana; ragione per cui viene messa in risalto l'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

La Programmazione Regionale nell'ambito sociale muove da questi presupposti, ai quali deve necessariamente abbinare gli esiti delle precedenti programmazioni che hanno visto il loro sviluppo negli ultimi decenni; infatti la Regione del Veneto ha colto il nuovo orientamento delle politiche e dei servizi all'infanzia e adolescenza anticipando alcuni strumenti innovativi e affiancando a modalità preesistenti di erogazione dei servizi, specifici e compositi interventi negli ambiti della prevenzione, tutela e della promozione.

Evidenziando che il dettato della L. 328/00 ha trovato piena sintonia nella programmazione regionale del Veneto, seppur antecedente alla sua promulgazione, e che la legge 285/97 ha innescato, tra diverse difficoltà, un processo culturale di rispetto e riconoscimento, del valore della persona anche nei periodi di crescita, si mette in risalto che la "programmazione sociale veneta" ha riconosciuto a pieno titolo soggetti di diritto anche i minori d'età, includendo il percorso che va dal concepimento, alla nascita al periodo neonatale, all'infanzia e all'adolescenza.

IL PIAF

In questi ultimi anni ha assunto valore e importanza la genitorialità adottiva, e in tale contesto il Veneto ha saputo creare una rete di iniziative e servizi a favore della coppia che si avvicina all'adozione, della famiglia e del minore adottato, caratterizzata dalla qualificazione degli operatori e degli interventi, dalla ricerca di forme di integrazione fra tutti i soggetti impegnati, dalla ricerca di forme di accompagnamento e dalla valorizzazione, unitarietà e continuità degli interventi.

Il piano sociale regionale ha dettagliatamente destinato risorse all'area minori e della famiglia, mediante un Piano Infanzia Adolescenza Famiglia, denominato PIAF che prevede:

- a. di sostenere in parte la programmazione locale definita nei Piani di Zona;
- b. di delineare una programmazione regionale dove si individuano obiettivi precisi a cui lavorare con modalità condivise a livello dell'intero territorio regionale;
- c. che siano garantite, soprattutto nell'ambito dell'adozione e dell'affido forme di coordinamento a livello provinciale o interprovinciale;

- d. che ogni ambito territoriale ULSS provveda ad armonizzare ed ottimizzare interventi e risorse derivanti dai precedenti punti a. e b. con le realtà locali.

Pertanto la Giunta Regionale individua nei Piani di Zona lo strumento principe atto a garantire la realizzazione della piena integrazione programmatica ed operativa tra servizi sociali, sanitari, socio-sanitari e tra le loro rispettive articolazioni interne entro ambiti territoriali omogenei.

Il PIAF prevede il suo svolgersi nel biennio 2008-2009 al fine di pervenire ad un collegamento temporale con il Piano di Zona.

Il PIAF si riferisce agli ambiti territoriali coincidenti con le n. 21 Conferenze dei Sindaci che sono chiamate a definire obiettivi, priorità e progetti per ogni territorio coinvolgendo i soggetti interessati; indica nella figura del Direttore Sociale delle ULSS il soggetto referente per l'area Infanzia, Adolescenza e Famiglia che si avvale, per la parte amministrativa, degli Uffici di Piano posti in seno all'Azienda ULSS.

Per il biennio 2008-2009, il PIAF focalizza le seguenti aree:

1. *Piano di Zona*: sostegno di alcune progettualità definite dalla Conferenza dei Sindaci nei nuovi Piani di Zona in merito all'Area che corrisponde all'Infanzia, Adolescenza e Famiglia.
2. *Consolidamento del sistema di Reti di famiglie, reti di solidarietà per l'infanzia e l'adolescenza*: promozione e sostegno di capitale sociale familiare per l'animazione e lo sviluppo di un tessuto sociale comunitario. Si tratta di sollecitare gli attori che abitano il territorio a mobilitare e rendere efficaci e visibili le risorse presenti nel territorio per favorire la creazione di reti di solidarietà stabili, che si configurino quali reti per la normalità. Politiche che pongono la famiglia nelle condizioni di assolvere alle sue molteplici funzioni sociali, potenziando le reti di famiglie, e l'associazionismo familiare, la promozione di interventi socio-educativi per favorire forme di accoglienza del minore e della famiglia in difficoltà, in una rete integrata di servizi e con particolare riferimento alla promozione e valorizzazione dell'affido familiare in tutte le sue espressioni.
3. *Riconoscimento e valorizzazione dell'adolescenza*. Nel riconoscere che l'adolescenza nella vita della persona, è un periodo di transizione tumultuoso e delicato in cui si verifica il difficile passaggio dalla condizione di "bambino" a quella di "adulto" determinando problemi che sono, logicamente, numerosi e che, pur rientrando in genere nella fisiologia più che non nella patologia, comportano uno stato di ansia e di timore per l'adolescente. Nella trasformazione del giovane sono indubbiamente coinvolte la famiglia, la scuola e la società intera. In questa cornice è necessario individuare modalità e progettualità che siano rivolte all'adolescente e alla famiglia, alla scuola e ai momenti ricreativi presenti a livello locale, per valorizzare e favorire la creazione e il riconoscimento dello spazio e del tempo necessari per decifrare i passaggi di crisi. Valorizzare altresì la produttività degli adolescenti e soprattutto creare un sistema valoriale che dia riconoscimento a tale produttività anche attraverso la promozione degli adolescenti al volontariato in ambito sociale, ambientale, culturale e sanitario ecc..
4. *Sviluppo e consolidamento delle iniziative a favore della coppia che intende adottare e per il sostegno del bambino adottato e della sua famiglia in tutte le fasi dell'iter adottivo*. Si tratta principalmente di dare continuità agli interventi in essere e che si sono via via sviluppati in questi ultimi anni (prima in relazione alla sensibilizzazione e all'informazione, poi in relazione al post adozione ed infine nel periodo dell'attesa), di bilanciare l'attenzione nei confronti della fase dell'attesa e di ridurre la frammentazione, rischio insito nella procedura adottiva, così come disegnata dalla normativa nazionale in vigore, di sviluppare percorsi di accompagnamento unitari e coerenti lungo tutte le fasi del procedimento adottivo, cercando forme di integrazione fra enti autorizzati ed équipe territoriali sia nelle fasi di programmazione e monitoraggio delle iniziative, sia in quelle di realizzazione.

Consecutivamente all'approvazione della Legge Regionale di Bilancio, con ulteriore atto, la Giunta Regionale assegnerà, proporzionalmente, ad ogni ambito territoriale ULSS, una quota utile per realizzare quanto indicato da ogni Conferenza dei Sindaci con proprio provvedimento.

Il riparto del fondo ai 21 Ambiti territoriali ULSS, affinché predispongano quanto necessario per rendere coerente ed efficace l'adesione al futuro piano regionale infanzia, adolescenza e famiglia sarà effettuato adottando i seguenti criteri :

1) Tasso minorile su popolazione generale (Dati ISTAT)	15%
2) N. di minori presenti sul territorio (Dati ISTAT)	60 %
3) Minori stranieri (Dati Ufficio Statistico Regionale)	10%
4) Minori in struttura e in affido familiare (Dati Osservatorio Regionale Infanzia, Adolescenza Giovani e Famiglia)	5%
5) Rapporto minori in struttura e affido fam./minori presenti sul territorio (Dati Osservatorio Regionale per l'Infanzia e Adolescenza e dati ISTAT)	10%

I criteri di ripartizione saranno disposti con successivo provvedimento di Giunta Regionale che nel medesimo atto, definirà le modalità di assegnazione della parte del fondo relativa allo "Sviluppo e consolidamento delle iniziative a favore della coppia che intende adottare e per il sostegno del bambino adottato e della sua famiglia in tutte le fasi dell'iter adottivo".

PARI OPPORTUNITA

VENETO

DGR 20.11.07, n. 3674 - L.R. 30.12.1987, n. 62. "Istituzione della Commissione regionale per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna". Programma di iniziative anno 2007. Attuazione deliberazione del Consiglio Regionale n. 79 del 26 settembre 2007.(BUR n. 110 del 25.12.07)

PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

VENETO

DGR 27.11.07, n. 3788 -Assegnazione alle Province del Veneto del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili anno 2007 (BUR n. 110 del 25.12.07)

Note

- La legge regionale 3.8.2001 n. 16, attuativa della legge 12.3.1999 n. 68 detta norme in materia di inserimento lavorativo dei disabili, e istituisce l'apposito Fondo regionale per l'occupazione dei disabili per interventi integrativi rispetto a quelli di fiscalizzazione, agevolazione contributiva e adattamento del posto di lavoro finanziati da apposito fondo nazionale.
- Il fondo in questione, alimentato dal bilancio regionale oltre che da versamenti delle aziende che beneficiano di esoneri dall'obbligo di assunzione e da sanzioni per accertate violazioni alla disciplina che regola l'obbligo, è destinato alle Province secondo modalità concertate con l'apposita Commissione regionale di gestione del fondo (art. 8 LR 16/2001).
- Viene quindi assegnato alle Province del Veneto il Fondo regionale per l'occupazione dei disabili, anno 2007, di p 3.000.000,00

POLITICHE SOCIALI

EMILIA ROMAGNA

DAL 28.11.07, n. 144 - Programma annuale 2007: interventi, obiettivi e criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della L.R. 2/03 - Stralcio del piano sociale e sanitario regionale. (Proposta della Giunta regionale in data 5 novembre 2007, n. 1649 (BUR n.180 del 13.12.07)

Note

* Viene approvato il "Programma annuale 2007: interventi, obiettivi, criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della L.R. 2/2003 - Stralcio del Piano sociale e sanitario regionale";

* Alla realizzazione del suddetto Programma sono destinate le risorse finanziarie provenienti dal Fondo sociale regionale per l'anno 2007;

* Il finanziamento integrale del Programma stesso e' subordinato alla effettiva disponibilita' delle risorse;

* La Giunta regionale, ai fini di dare attuazione al Programma di cui al precedente punto 1, provvedera', con successivi atti, alla ripartizione delle risorse, all'individuazione delle azioni per il perseguimento degli obiettivi indicati, nonche' alla definizione del percorso amministrativo procedurale per garantire la realizzazione operativa del programma stesso.

In allegato sono ampiamente illustrati gli obiettivi e le azioni da svolgere nel corso del periodo considerato.

Si riportano pertanto in estrema sintesi (rinviando alla lettura del testo) gli aspetti ritenuti di più immediato interesse

ALLEGATO

PREMESSA

Il primo Piano regionale socio-sanitario in via di approvazione promuove il superamento della programmazione settoriale verso una logica di integrazione tra le seguenti aree :

- sociale ;
- sanitaria ;
- educativa ;
- formazione ;
- lavoro ;
- cultura ;
- abitare ;
- urbanistica.

Nel sistema di governance territoriale si riafferma il ruolo dell'Ufficio di Piano, da intendere quale struttura di supporto tecnico-amministrativo al Comitato di Distretto e al Direttore di Distretto.

Si intende altresì svolgere una specifica azione per il potenziamento degli Sportelli sociali.

Viene confermata l'importanza della partecipazione :

-
- dei soggetti del terzo settore ;
 - delle organizzazioni sindacali ;
 - dei coordinamenti provinciali degli Enti di servizio civile.
-

Per il 2008 si avvierà un confronto con gli Enti locali e le parti sociali :

-
- per la definizione di nuovi criteri di assegnazione dei fondi ;
 - per la elaborazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento provinciale triennale 2009-2011 da parte delle conferenze territoriali Sociali e Sanitarie ;
 - per l'elaborazione dei piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011.
-

GLI OBIETTIVI GENERALI DI BENESSERE SOCIALE PER LA PIANIFICAZIONE

-
- Sviluppo e rafforzamento della coesione sociale ;
 - Promozione dell'aggio e del protagonismo dei bambini, ragazzi e giovani ;
 - Sostegno alle responsabilità familiari di cura e alla loro condivisione.
-

GLI OBIETTIVI SETTORIALI

Le aree di intervento sono :

-
- Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei bambini e degli adolescenti ;
-

- Promozioni e del benessere dei giovani, prevenzione del consumo/abuso di sostanze e reinserimento di soggetti dipendenti e multiproblematici ;
 - Contrasto alla povertà ;
 - Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale ;
 - Politiche a favore di anziani e disabili
-

TRENTO

DGR 16.11.07, n. 2498 ó Istituzione del registro provinciale delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP), ai sensi dell'art. 18, comma 1 della L.R. 7/05 (BUR n. 50 del 1.12.07)

PRIVATO SOCIALE

PIEMONTE

Pubblicazione dell'albo delle cooperative sociali (BUR n. 30 del 13.12.07)

VENETO

DGR 27.11.07, n. 3828 -Servizio civile nazionale nella Regione Veneto - formazione degli Operatori Locali di Progetto. L.64/2001 e D. L.vo 77/2002 (BUR n. 110 del 25.12.07)

Note

- Con legge 6 marzo 2001 n.64, successivamente integrata e modificata con legge 31 marzo 2005 n. 43, è stato istituito il servizio civile nazionale.
- Con decreto legislativo 5 aprile 2002 n.77, così come integrato e modificato con legge 31 marzo 2005 n.43, sono state previste competenze specifiche in capo alle Regioni e Province Autonome: inizialmente per attività informative e formative, successivamente in materia di accreditamento, progettazione, monitoraggio e controllo.
- Con D.G.R. 337 del 14 febbraio 2006 è stato istituito l'albo regionale degli enti di servizio civile nazionale.
- In questo quadro appare importante ed urgente consentire un'adeguata formazione con un corso ad hoc rivolto agli operatori sprovvisti dell'esperienza di servizio civile che sono già impegnati in progetti avviati tra ottobre e novembre 2007 o che a breve saranno impiegati nei progetti avviabili tra dicembre 2007 e primi mesi del 2008.
- Viene pertanto delegata in via transitoria per l'anno 2007, l'organizzazione dei corsi per gli Operatori Locali di Progetto, agli enti di servizio civile nazionale accreditati in prima classe sia dell'albo regionale che nazionale;

DGR 13.11.07, n. 3619 - Assegnazione contributi alle Organizzazioni di volontariato a sostegno di progetti di solidarietà. Anno 2007. L.R. 30.08.1993 n. 40, art. 12 e 13.(BUR n. 1 del 1.1.08)

QUALITÀ DELLA VITA

UMBRIA

DCR 18.12.07, n. 210 ó Iniziative per la sicurezza in Umbria (BUR n. 57 del 28.12.07)

Note

Viene impegnata la Giunta regionale affinché:

- venga riconosciuto e sostenuto l'impegno di tutti i soggetti istituzionali e le associazioni che nel territorio lavorano per garantire una cultura dell'accoglienza e della legalità;
- siano sostenute tutte le iniziative che puntano all'integrazione per tutte le fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale ed emarginazione;

- siano sostenute tutte le iniziative di carattere patrizio che le prefetture intendano promuovere sulla scorta dei Patti per la sicurezza in accordo con Regione, province e comuni;
- potenziamento dell'osservatorio della sicurezza;
- si rafforzino il coordinamento con gli Enti locali e gli organi preposti in materia di sicurezza urbana;
- si avviino percorsi di partecipazione e di confronto con le diverse espressioni del tessuto sociale;
- i patti contengano azioni integrate e progetti specifici in materia di sicurezza urbana.

SANITA

ABRUZZO

DGR 19.11.07 n. 1124 - Disciplina in materia di vendita al pubblico di farmaci da banco (o.t.c.) di automedicazione e prodotti non soggetti a prescrizione medica (s.o.p.) negli esercizi commerciali ' art. 5 l. 248 del 4 agosto 2006-.(BUR n. 1 del 4.1.08)

BASILICATA

L.R. 18.12.07, n. 23 ó Istituzione del Registro dei Donatori di Cellule Staminali Emopoietiche ó regolamentazione e organizzazione della rete di raccolta (BUR n. 58 del 19.12.07)

VENETO

DGR 20.11.07, n. 3731 - Screening Sanitario del Personale che assiste i Soggetti Deboli: Servizio di Prevenzione Sanitaria rivolto alle persone che prestano assistenza a soggetti in condizioni di "dipendenza assistenziale" (anziani non autosufficienti, portatori di handicap, persone con patologie invalidanti). Campagna di screening preventivo per l'effettuazione di controlli clinici a favore di personale assistenziale a contatto con persone non autosufficienti, portatori di handicap o con patologie invalidanti. Approvazione protocollo di indagine . e altri (BUR. 108 del 18.12.07)

Note

PREMESSA

In considerazione dell'importanza del provvedimento, si riportano gli aspetti qualificanti che sono stati considerati dall'Assessore competente e che indicano uno scenario assolutamente interessante e che va tenuto presente in relazione allo svolgimento di politiche socio-sanitarie rivolte agli anziani

* Nella nostra società sono in atto profonde trasformazioni socio - sanitarie legate alla diminuzione della natalità ed all'aumento della popolazione anziana collegato al progressivo incremento della vita media.

* I significativi mutamenti demografici, ed in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione, evidenziano un aumento delle condizioni generali dei bisogni assistenziali delle persone e delle situazioni di inabilità determinate spesso dalla presenza di pluripatologie.

* La limitata funzionalità fisica colpisce, in forme più o meno gravi, circa la metà delle persone tra i 70 e 74 anni e una percentuale consistente, circa il 30% di coloro che hanno superato gli 85 anni, è affetta da patologie che limitano gravemente l'autonomia fisica e le capacità cognitive.

* Così pure il numero di pazienti affetti da patologie croniche e con esiti invalidanti quali diabete, coronaropatia, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e ictus è oggi consistente e tali patologie pregiudicano spesso le possibilità di vita autonoma del paziente.

- * I traumi stradali e le malattie cerebrovascolari rappresentano le maggiori cause di disabilità per i gruppi di popolazione al di sotto e oltre i 45 anni, colpendo pertanto la fascia più giovane della popolazione.
- * Nel territorio regionale vi sono oltre 103 mila invalidi civili, dei quali circa 64 mila sono titolari di indennità di accompagnamento in quanto si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e necessitano di un'assistenza continua.
- * Nel tempo si sono consolidate nel territorio regionale modalità diverse di intervento organizzativo e gestionale a favore delle persone con disabilità e sono state promosse iniziative di supporto alla famiglia nei compiti assistenziali.
- * Conseguentemente al ricovero ospedaliero relegato alla fase acuta, sono previsti interventi di assistenza domiciliare integrata e politiche di sostegno alla domiciliarità delle persone in condizioni di dipendenza assistenziale.
- * Mentre nel passato il nucleo familiare, di ampie dimensioni e fortemente integrato, consentiva di fronteggiare situazioni di difficoltà legate alla presenza di soggetti parzialmente o completamente non autosufficienti, l'attuale struttura familiare non è in grado di rispondere autonomamente ai bisogni dei propri familiari.
- * Si rivela pertanto necessaria l'introduzione nel progetto assistenziale di figure di sostegno dei soggetti più fragili sul piano socio-sanitario come portatori di patologie croniche, persone con handicap e anziani con ridotta autonomia.
- * Questi profondi cambiamenti impongono oggi una serie di iniziative che favoriscono un'attività assistenziale sicura presso la propria dimora - c.d. domiciliarità - delle persone non completamente autosufficienti o in situazioni di disagio o con particolari patologie invalidanti.
- * La permanenza della persona non autosufficiente, o in condizioni di precarietà psicofisica, nel proprio ambito familiare determina infatti un miglioramento della qualità della vita della persona in condizione di fragilità, in quanto garantisce non solo una continuità assistenziale ma anche il mantenimento ed il recupero delle potenzialità residue.
- * In questa ottica è indispensabile favorire interventi a favore delle famiglie che assicurino la presenza di personale in grado di affiancare e sostenere persone in condizioni svantaggiate, evitando nel contempo che proprio a causa della particolare precarietà psicofisica tali persone possano contrarre patologie che aggravino, talora in modo irreversibile, il loro stato di salute.
- * Si stabilisce infatti un esteso, assiduo, e stretto contatto fra persone deboli e soggetti a cui è affidato il compito di assisterle.
- * In presenza di questo delicato rapporto, appare quindi opportuno incentivare forme di prevenzione sanitaria, al fine di scongiurare la possibile trasmissione di patologie infettive.
- * Per questo motivo viene attivato un Servizio di Prevenzione Sanitaria rivolto alle persone che prestano assistenza a soggetti in condizioni di "dipendenza assistenziale" (anziani non autosufficienti, portatori di handicap, persone con patologie invalidanti, ecc.), con la denominazione di Screening Sanitario del Personale che Assiste i Soggetti Deboli.

* Il Servizio ha lo scopo di evitare che persone fragili sul piano sanitario entrino in contatto con soggetti che potrebbero trasmettere loro gravi patologie e consente alle persone che svolgono attività di assistenza familiare di beneficiare di prestazioni sanitarie a scopo di prevenzione, su base volontaria e senza oneri di spesa.

Il Servizio consiste:

- in una visita medica volontaria e a titolo gratuito. Tale visita medica preventiva è diretta tra l'altro alla identificazione di parassitosi in quanto tali patologie rappresentano condizioni di rischio particolari per i soggetti fragili; avrà cadenza massima biennale, a richiesta delle persone che prestano assistenza alle dirette dipendenze del paziente o del suo nucleo familiare o per tramite di cooperative, da effettuare presso gli ambulatori dei medici di Medicina Generale;

- nell'effettuazione volontaria di una serie di esami, su proposta medica presso le strutture pubbliche e senza oneri. I seguenti esami corrispondono alle patologie più gravi a rischio di diffusione: test in vitro; test per *treponema pallidum* EIA; test per HIV;

- in un certificato relativo alla visita medica e allo screening effettuato, che potrà essere rinnovato ogni biennio.

DGR 20.11.07, n. 3733 - Indirizzi regionali per l'istituzione dell'Osservatorio della formazione medica specialistica e la stipulazione dei contratti di formazione specialistica. (Decreto Legislativo 368/1999).(BUR n. 108 del 18.12.07)

L.R 14.12.07, n. 34 - Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato. (BUR n. 108 del 18.12.07)

Art. 1 - Finalità

1. La Regione del Veneto, al fine di garantire la più ampia e completa tutela dei dati clinici personali, disciplina con la presente legge la tenuta, la conservazione, l'informatizzazione delle cartelle cliniche e la redazione dei moduli di consenso informato e promuove, per la dematerializzazione e informatizzazione dei predetti dati, programmi di investimenti nelle strutture sanitarie pubbliche e incentivi alle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, ai sensi dell'articolo 22, comma 6 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", di seguito denominate preaccreditate.

Art. 2 - Funzione della documentazione clinica

1. La documentazione clinica ha la funzione di:

- a) documentare l'attività svolta in regime di ricovero ordinario, ambulatoriale, di pronto soccorso, di servizio di urgenza ed emergenza medica (SUEM) e di distretto;
- b) fornire una base informativa per le scelte assistenziali;
- c) identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte;
- d) garantire la continuità dell'assistenza;
- e) consentire l'integrazione di competenze polifunzionali;
- f) costruire la base informativa per la revisione degli atti, la valutazione delle modalità operative e la valutazione dell'attività svolta e della qualità dell'assistenza;
- g) tutelare gli interessi legali delle parti interessate.

Art. 3 - Cartella clinica ospedaliera e territoriale

1. La cartella clinica è il documento sanitario volto a certificare i dati anamnestici, laboratoristici e strumentali relativi al paziente, nonché ad attestare la terapia applicata; nella cartella clinica sono, altresì, riportate le informazioni direttamente tratte dal paziente al fine di ricostruire l'anamnesi e

facilitare la diagnosi. La cartella clinica può essere ospedaliera o territoriale; essa è compilata secondo le direttive emanate dall'azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) e ospedaliera, sotto la diretta responsabilità e continua vigilanza del responsabile dell'unità operativa interessata.

2. La cartella clinica è relativa:

- a) al ricovero ordinario ospedaliero;
- b) all'attività ambulatoriale territoriale, attivata da una struttura sanitaria pubblica o privata preaccreditata erogante prestazioni ambulatoriali;
- c) all'attività di pronto soccorso contenente, oltre al referto ed ogni documentazione relativa ad interventi sanitari effettuati sul paziente, anche la documentazione relativa all'attività di triage e alla osservazione breve intensiva.

3. La cartella clinica ospedaliera, oltre a tutti i dati clinici prodotti e alle annotazioni delle terapie praticate, contiene altri documenti quali:

- a) il diario clinico giornaliero, redatto dal responsabile di unità operativa o su espressa indicazione dello stesso dai medici di reparto; nello stesso ogni singola annotazione deve essere sottoscritta con firma personale leggibile;
- b) il diario o la cartella infermieristica, redatti dal personale infermieristico responsabile dell'assistenza del paziente; in tali documenti ogni singola annotazione deve essere sottoscritta con firma personale leggibile;
- c) la cartella anestesiologicala, ove prodotta;
- d) il modulo di raccolta del consenso informato del paziente, ove previsto;
- e) i referti di visite specialistiche di consulenza e di esami diagnostico-strumentali eseguiti;
- f) la descrizione dell'intervento chirurgico, se eseguito;
- g) la scheda di dimissione ospedaliera;
- h) la lettera di dimissione;
- i) il referto autoptico, ove prodotto.

4. La cartella clinica territoriale viene aperta a seguito di prestazioni ambulatoriali, non ospedaliere, extra ospedaliere, o comunque di prestazioni erogate nel territorio e contiene, oltre a tutti i dati clinici rilevanti e alle copie degli esami biochimici, microbiologici e strumentali richiesti durante il percorso diagnostico e terapeutico, la relazione finale per il medico curante compilata al termine del ciclo assistenziale erogato.

5. Le procedure relative alla compilazione della cartella clinica sono svolte, secondo la normativa vigente, da personale della struttura inquadrato nel ruolo medico o infermieristico.

6. La conservazione della cartella clinica è disciplinata dal direttore generale dell'azienda ULSS e ospedaliera con apposito regolamento secondo le vigenti disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei dati e nel rispetto delle linee guida nazionali relative alla documentazione clinica testuale e iconografica in formato digitale.

7. La Giunta regionale provvede alla definizione e predisposizione del modello unico regionale della cartella clinica.

8. Per l'attività di urgenza ed emergenza medica (SUEM), la Giunta regionale, definisce le modalità di conservazione delle registrazioni delle chiamate ricevute ed effettuate, un modello unico regionale per la registrazione dell'evento, un modello unico regionale del referto e le relative modalità di conservazione.

Art. 4 - Soggetti obbligati all'apertura, tenuta e conservazione della cartella clinica

1. I medici, gli odontoiatri e il personale della struttura inquadrato nel ruolo medico o infermieristico delle strutture sanitarie pubbliche e private preaccreditate operanti nella Regione del Veneto ed eroganti prestazioni per conto del servizio sanitario regionale sono tenuti, ciascuno per la rispettiva competenza, alla apertura, alla tenuta, alla compilazione e alla conservazione della cartella clinica.

2. La cartella clinica viene aperta qualora sia stato individuato un percorso di diagnosi o cura o controllo sanitario superiore a due incontri programmati; negli altri casi il sanitario è tenuto a

rilasciare al paziente un referto scritto sulla attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata.

3. Non sono tenuti alla apertura della cartella clinica i responsabili sanitari dei servizi che svolgono attività diagnostica, biochimica, microbiologica o strumentale, ancorché continuativa o programmata; gli stessi sono, invece, tenuti a redigere un referto scritto della attività svolta contenente i dati clinici prodotti e a conservarne copia per cinque anni. La Giunta regionale, qualora ne ravvisi l'opportunità, può individuare, sentita la competente commissione consiliare, ulteriori contenuti della refertazione e un termine diverso.

Art. 5 - Moduli di consenso informato

1. I moduli di consenso informato sono redatti singolarmente e specificamente per ogni intervento o procedura per la quale la vigente normativa preveda la prestazione del consenso informato scritto.

2. La Giunta regionale provvede alla definizione e predisposizione del modello unico regionale dei moduli di consenso informato di cui al comma 1.

Art. 6 - Documentazione sanitaria

1. Le cartelle cliniche, i referti degli esami biochimici, microbiologici e strumentali i moduli di consenso informato nonché i referti delle prestazioni ambulatoriali e di consulenza specialistica sono presidi della documentazione sanitaria.

Art. 7 - Dematerializzazione della documentazione sanitaria

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, approva nel rispetto delle linee guida nazionali, sentita la competente commissione consiliare, un programma di dematerializzazione della documentazione sanitaria rivolto alle aziende ULSS ed ospedaliere e, per le medesime finalità, definisce, per le strutture sanitarie private preaccreditate, le modalità di erogazione dei relativi incentivi.

Art. 8 - Convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri

1. La Regione del Veneto promuove la stipula di una specifica convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri finalizzata alla tenuta delle cartelle cliniche e alla loro informatizzazione; in particolare, la convenzione disciplina le modalità di consegna dei calchi delle impronte dentarie e di informazione al paziente sull'importanza dei calchi per la identificazione personale.

Art. 9 - Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificabili in euro 500.000,00 per ciascuno degli esercizi 2007, 2008 e 2009.

DGR 4.12.07, n. 3913 -Linee Guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di Riabilitazione (BUR n. 1 dell'01.108)

Note

PREMESSA

* Con la DGR n° 253 del 01/02/2000 la Regione Veneto ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari. Tale documento, attuativo delle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (Provvedimento del 07/05/1998), affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:

- a) la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale-strutture extraospedaliere e territorio;
- b) il recepimento dei principi dell'O.M.S. in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap), che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap;
- c) la metodologia con cui l'intervento di assistenza riabilitativa deve essere praticato, la quale si fonda sui seguenti elementi:

- progetto riabilitativo individuale
- programma riabilitativo individuale

- progetto riabilitativo di struttura
- fasi dell'intervento riabilitativo
- diversa intensità degli interventi (riabilitazione intensiva, estensiva o intermedia)
- strutture preposte a compiti di riabilitazione.

Viene approvato il documento tecnico relativo criteri di appropriatezza dei ricoveri effettuati nelle Unità Operative di Riabilitazione delle strutture pubbliche e private preaccreditate (**Allegato A**)

NB: Il documento rappresenta le Linee di indirizzo per l'attuazione dei controlli, da parte dei Nuclei Aziendali di Controllo delle Aziende ULSS nelle Strutture di Riabilitazione pubbliche e private preaccreditate, a far data dal 1° gennaio 2008.

DGR 4.12.07, n. 3913 -Definizione di percorsi assistenziali di Riabilitazione. Istituzione gruppo di lavoro. (BUR n. 1 dell'01.1.08)

Nota Il presupposto necessario e indispensabile alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci consiste:

- 1) nella definizione di livelli operativi di diversa intensità in base alla complessità dell'assistenza richiesta e al momento in cui avviene l'intervento;
- 2) nella costituzione di una rete integrata di presidi e servizi riabilitativi;
- 3) nell'inserimento degli interventi di medicina riabilitativa nel più generale contesto di prevenzione delle disabilità.

Sono stati pertanto definiti diversi livelli di intensità dell'attività riabilitativa, in modo da garantire la presa in carico globale del paziente disabile anche dal punto di vista organizzativo

Sono state inoltre individuate strutture di primo, secondo e terzo livello.

A) Le strutture di primo livello, rappresentate dalle strutture ospedaliere di lungodegenza e dai presidi ambulatoriali, erogano attività di riabilitazione estensiva.

B) Le strutture di secondo livello, collocate all'interno di presidi ospedalieri per acuti o in strutture medico-riabilitative, erogano attività di riabilitazione intensiva e intervengono su pazienti affetti da menomazioni e disabilità importanti modificabili, di natura ed entità tali da richiedere tutela medica specialistica/riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità non erogabili in forma extraospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi della durata di almeno 3 ore giornaliere complessive.

C) Le strutture di terzo livello erogano attività di riabilitazione intensiva di alta specialità, che richiede particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse.

NB: Le alte specialità costituiscono centri a valenza sovraaziendale e/o regionale, strettamente integrate alla rete complessiva dei servizi sanitari di primo e secondo livello, con i quali devono raccordarsi per seguire il disabile nel proprio ambiente di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo specifici programmi.

La presa in carico

A tutti i livelli, la presa in carico del paziente deve sempre realizzarsi attraverso la predisposizione di un progetto riabilitativo e di uno o più programmi riabilitativi. Deve inoltre essere prevista la misurazione del grado di miglioramento dei pazienti utilizzando apposite scale di valutazione validate.

La costituzione della rete

Appare pertanto indispensabile mettere in rete la pluralità delle funzioni assistenziali riabilitative attraverso una gestione coordinata delle stesse, per integrare le competenze presenti, ottimizzando la qualità dell'assistenza e la gestione delle risorse assegnate attraverso un corretto utilizzo dei vari presidi che costituiscono la rete integrata socio-sanitaria.

Per quanto riguarda le modalità erogative delle prestazioni in ambito ospedaliero, si è verificato un progressivo spostamento del livello assistenziale dal regime di ricovero (ordinario e diurno) al regime ambulatoriale

Il Day Service

A tale riguardo il Day Service rappresenta un modello organizzativo ed operativo innovativo, attuabile sia in ambito ospedaliero, in quanto riconosciuto come Livello Essenziale di Assistenza Ospedaliero, che in strutture ambulatoriali extraospedaliere.

Nel Day Service vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico, che necessitano di prestazioni integrate. Tale modello è coerente con l'obiettivo, previsto dal DPCM del 29/11/2001, della riduzione del tasso di ospedalizzazione e del numero di ricoveri inappropriati in regime diurno, mantenendo un impianto organizzativo che faciliti il percorso del paziente e non rechi aggravio burocratico alle strutture sanitarie. I principali obiettivi del Day Service possono essere così riassunti:

- assicurare ai pazienti lo stesso livello assistenziale e la stessa qualità delle cure erogate, migliorando l'efficienza organizzativa a fronte di una diminuzione del numero dei ricoveri in regime diurno;
- prendere in carico il paziente ambulatoriale, coordinandone la gestione come nel caso di un paziente ricoverato;
- identificare i profili di pazienti attualmente trattati in regime diurno che non necessitano di tale modalità di degenza.

La definizione dei percorsi

In questo contesto risulta pertanto necessario definire percorsi e profili di cura riabilitativi specifici per patologia, che garantiscano la presa in carico del paziente dall'ospedale al territorio, al fine di migliorare l'appropriatezza di utilizzo delle strutture territoriali.

E' fondamentale individuare un "gate" di ingresso unico, vale a dire una Unità di Valutazione Multidimensionale che definisca un percorso diagnostico-assistenziale unitario per tipologia di pazienti e governi l'ingresso dei pazienti stessi nella fruizione di ciascun percorso. Il "gate" unico è uno strumento di integrazione potenzialmente forte, in quanto impone ai diversi soggetti di definire in modo congiunto priorità e programmazione dei volumi di attività da erogare, imponendo a monte il confronto dei diversi committenti. L'integrazione dei vari livelli del processo riabilitativo si realizza quindi attraverso l'unitarietà non solo del percorso diagnostico-assistenziale ma anche del processo di fruizione da parte del paziente.

Il gruppo di lavoro

Viene pertanto istituito un Gruppo di Lavoro composto da professionalità del campo riabilitativo operanti presso gli erogatori pubblici e privati preaccreditati, demandandone la nomina ad un Decreto del Dirigente Regionale dei Servizi Sanitari.

Il Gruppo di Lavoro Regionale ha il compito di:

- a) definire percorsi extraospedalieri, clinici e organizzativi, per profili di cura riabilitativi specifici per patologia, che integrino i livelli assistenziali ospedaliero, extraospedaliero e territoriale, fondati sulla presa in carico del paziente da parte di tutte le strutture di offerta pubbliche e private preaccreditate, così da garantire l'unitarietà del percorso clinico e del processo di fruizione delle prestazioni da parte del paziente;
- b) determinare il fabbisogno di prestazioni in campo riabilitativo erogate dagli Istituti ex Art. 26 Legge 833/78 per pazienti disabili prevalentemente in età evolutiva, al fine di favorire la definizione di un budget di struttura e di inserire l'attività di queste strutture nei suddetti percorsi.

DGR 4.12.07, n. 3912 - Attivazione di un progetto formativo per i "CUP Manager" delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto. (BUR n. 1 dell'1.1.08)

STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI

LOMBARDIA

DGR 5.12.07, n. 8/6003 ó Accredimento della Residenza Sanitario Assistenziale per Anziani (RSA) óCorte Novaó in Caronno Petrusella - Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2007 (BUR n. 257 del 17.12.07)

DGR 5.12.07, n. 8/6004 ó Accredimento della Residenza Sanitario Assistenziale per Anziani (RSA) óE. e G. Cordiolió Marmirolo - Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2007 (BUR n. 257 del 17.12.07)

DGR 19.12.07, n. 8/6217 ó Accredimento del Centro Diurno Integrato per anziani non autosufficienti ó Fondazione Onlus ó luoghi e pianezza ó Centro diurno integrati in Casalzuigno ó Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2007 (BUR n. 267 del 31.12.07)

DGR 21.12.07, n. 8/6278 ó Determinazioni in merito alla remunerazione della qualità aggiunta offerta dalle RSA accreditate entro il 31 dicembre 2006 e in possesso dei requisiti di cui alla DGR n. 126/03 (BUR n. 2 del 7.1.07)

Note

Con DGR 3846/06 sono stati declinati i seguenti criteri per l'assegnazione della remunerazione aggiuntiva di qualità delle RSA accreditate al 31 dicembre 2005:

- realizzazione di progetti assistenziali per gli ospiti affetti da malattia di Alzheimer;
- valutazione della qualità e continuità dell'assistenza diretta all'ospite (presenza di infermiere nelle ore notturne);
- realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali.

Per il 2007 la remunerazione della qualità aggiunta per le RSA è così determinata:

- già accreditate entro il 31 dicembre 2006;
- assolvimento al debito informativo entro il tempo previsto;
- media ponderata inferiore alla retta media dell'ASL di appartenenza.

I parametri ai fini della definizione complessiva dell'entità del premio sono:

- presenza dell'infermiere nelle ore notturne;
- realizzazione di progetti finalizzati alla definizione di nuovi modelli assistenziali;
- comparazione del tempo medio di degenza per il passaggio da una classe all'altra;
- comparazione del livello di qualità percepito dall'utenza;
- comparazione e tra strutture in possesso di autorizzazione definitiva.

Le ASL possono prevedere di riservare una quota massima del 10% del budget per il finanziamento di ulteriori progetti finalizzati a migliorare:

- assistenza alla persona demente;
- accompagnamento alla morte/sostegno al lutto;
- percorsi di continuità assistenziale e il sostegno al care giver.

Le assegnazioni alle ASL per remunerazione aggiuntiva sono le seguenti:

ASL	Assegnazione definitiva
BERGAMO	1.251.000
BRESCIA	1.458.000
COMO	1.013.000
CREMONA	905.000
LECCO	464.000
LODI	291.000
MANTOVA	718.000
CITTA' DI MILANO	1.563.000
MILANO N.1	989.000
MILANO N. 2	510.000
MILANO N. 3	953.000
PAVIA	1.225.000
SONDRIO	340.000
VARESE	1.141.000
VALLECAMONICA	179.000
TOTALE	13.000.000

DGR 21.12.07, n. 8/6279 ó Ampliamento dell'accreditamento della Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (RSA) óGaribaldi Pogliani ONLUSö in Cantù - Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2007 (BUR n. 2 del 7.1.08)

SICILIA

DASS 28.11.07 Conferma del decreto 20 giugno 2007, concernente documento di programmazione della rete regionale delle strutture residenziali R.S.A., e modifica delle parti impugnate e sospese (GURS n. 59 del 20.12.07)

Note

Viene ravvisata la necessità che occorre riprogrammare il numero di posti letto delle R.S.A. in funzione della percentuale da considerare e dell'età, utilizzando, a tal fine, lo standard di 3 posti letto per mille abitanti riferito alla popolazione di età over 65 e ciò in funzione e nel rispetto della compatibilità economica/finanziaria secondo le prescrizioni piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del sistema sanitario regionale previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

NB: il presente provvedimento riveste carattere di provvisorietà, nelle more del recepimento delle predette linee guida che hanno definito i contenuti tecnico professionali

delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, individuandone diverse tipologie.

In applicazione della delibera di Giunta regionale n. 482 del 27 novembre 2007 ed al fine di garantire e dare attuazione alla programmazione della rete regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali R.S.A., è confermato il decreto n. 1336 del 20 giugno 2007 nelle disposizioni non impugnate e sospese dal presidente del T.A.R. Catania.

Per le parti del decreto n. 1336 del 20 giugno 2007 impugnate e sospese, si dispone quanto segue:

a) l'art. 2, comma 1, è sostituito dal seguente:

Il fabbisogno di posti letto di R.S.A. è determinato per singola provincia, applicando lo standard di 3 posti letto per mille abitanti riferito alla popolazione over 65, come da seguente tabella:

	3 p/1 1.000 ab.	Media /alta	Media /bassa
Agrigento	242	81	161
Caltanissetta	138	46	92
Catania	492	164	328
Enna	98	33	65
Messina	369	123	246
Palermo	587	196	392
Ragusa	154	51	103
Siracusa	191	63	127
Trapani	231	77	154

NB: Fino a quando non saranno stabilite le dotazioni organiche per le R.S.A. ad elevata assistenza, continuano ad applicarsi per tutte le R.S.A. in attività gli importi tariffari vigenti, avuto riguardo alla percentuale dei costi a carico dell'utente o del comune stabilita dall'allegato 1.C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, concernente "Livelli essenziali di assistenza sanitaria";

VALLE D'AOSTA

DGR 23.8.07, n. 2282 ó Approvazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, ai sensi della L.R. 93/82 e degli atti di programmazione socio-sanitaria approvati con leggi regionali 18/01 e 13/06 (BUR n. 53 del 27.12.07)

Sono approvati i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani prestati da soggetti pubblici e privati, ai sensi delle legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93, e degli atti di programmazione socio-sanitaria approvati con leggi regionali 4 settembre 2001, n. 18 e 20 giugno 2006, n. 13, contenuti nell'allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante;

viene stabilito il termine di 12 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per una prima classificazione da parte dell'Amministrazione regionale delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-assistenziali per anziani

viene stabilito il termine di 24 mesi dall'approvazione della presente deliberazione per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani

si continuano ad applicare le vigenti disposizioni regionali in materia di tariffe e di disciplina dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi stessi, in vista di una loro revisione in relazione agli esiti della prima applicazione delle presenti disposizioni in materia di requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani

il personale assunto a tempo indeterminato dai soggetti pubblici gestori di servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani, potrà partecipare ai corsi di riqualificazione previsti per operatori socio sanitari

ALLEGATO

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI PER ANZIANI RESI DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA

Il presente atto disciplina i requisiti minimi strutturali ed organizzativi dei servizi socio-assistenziali Residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta nelle seguenti tipologie di strutture:

1. strutture socio-assistenziali residenziali, incluse le cosiddette «comunità alloggio», che regolano il proprio funzionamento per tutto l'anno e nell'arco giornaliero delle 24 ore;
2. strutture socio-assistenziali semi-residenziali: il centro diurno ed il centro di incontro, che regolano il proprio funzionamento per tutto l'anno e in arco temporale circoscritto della giornata;
3. strutture socio-assistenziali per soggiorni climatici che regolano il proprio funzionamento in arco temporale circoscritto dell'anno e nell'arco giornaliero delle 24 ore.

Sono espressamente esclusi dalla presente normativa i servizi sanitari e socio-sanitari che prevedano l'esecuzione di attività a prevalente contenuto sanitario per le quali si rinvia alla normativa statale e regionale di riferimento.

1. STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI RESIDENZIALI PER ANZIANI.

1.1. REQUISITI TECNICI E STRUTTURALI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-ASSISTENZIALI PER LE PERSONE ANZIANE.

1.2. DESCRIZIONE DEI REQUISITI TECNICI E STRUTTURALI GENERALI.

Le strutture socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia edilizia ed urbanistica, igienico-sanitaria, di prevenzione incendi, antisismica, sullo smaltimento dei rifiuti di diversa natura, sulle condizioni di sicurezza degli impianti, sulle barriere architettoniche, sulla prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro, sulla tutela della salute dei non fumatori, in relazione alla tipologia prevalentemente sociale delle attività di assistenza rese all'interno delle strutture stesse.

1.3. CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE AD ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI.

Le strutture residenziali destinate ad attività socio-assistenziali per anziani si suddividono in tre livelli in relazione alla presenza di requisiti tecnici e strutturali tali da garantire un'ottimale assistenza alle persone con differenti gradi di non autosufficienza.

In tutti i casi, avuto riguardo agli ospiti già inseriti, nel caso di aggravamento delle loro condizioni essi potranno continuare la loro permanenza, in attesa di trovare idonea collocazione presso altre strutture, entro il limite del 25% dei posti disponibili nell'ambito territoriale di competenza.

Le strutture residenziali possono essere punto di appoggio del servizio di assistenza domiciliare e fungere anche da centro diurno e centro di incontro, in presenza di spazi di dimensioni adeguate.

1.3.1. STRUTTURE DI PRIMO LIVELLO.

Le strutture di primo livello sono strutture socio-assistenziali a prevalente accoglienza alberghiera, a bassa intensità assistenziale ed a media complessità organizzativa destinate a persone anziane.

Le strutture di primo livello sono idonee ad ospitare persone anziane autosufficienti o parzialmente non autosufficienti che, in base all'applicazione congiunta dei criteri di valutazione denominati «Barthel Index» (non autosufficienza fisica) e «Short Portable Mental Status Questionnaire ó S.P.M.S.Q.» (deterioramento mentale), rientrano in una delle classi indicate nella seguente tabella:

Classe	Non autosufficienza	Barthel Index	S.P.M.S.Q.
N1	Lieve	da 65 a 90	da 2 a 4
A	Assente (autosufficiente)	da 95 a 100	da 0 a 1

Oltre ai requisiti previsti dal paragrafo 1.4., le strutture residenziali e semi-residenziali di primo livello rispondono ai requisiti previsti per le strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308.

1.3.2. STRUTTURE DI SECONDO LIVELLO.

Le strutture di secondo livello sono strutture socio-assistenziali a media intensità assistenziale ed ad elevata complessità organizzativa destinate a persone anziane.

Le strutture di secondo livello sono idonee ad ospitare persone anziane autosufficienti o non autosufficienti che, in base all'applicazione congiunta dei criteri di valutazione denominati «Barthel Index» (non autosufficienza fisica) e «Short Portable Mental Status Questionnaire ó S.P.M.S.Q.» (deterioramento mentale), rientrano in una delle classi indicate nella seguente tabella:

Classe	Non autosufficienza	Barthel Index	S.P.M.S.Q.
N2	Media	da 45 a 60	da 5 a 7
N1	Lieve	da 65 a 90	da 2 a 4
A	Assente (autosufficiente)	da 95 a 100	da 0 a 1

In virtù dei requisiti strutturali previsti per le strutture di secondo livello, è appropriato un loro utilizzo per ospitare persone anziani con gradi di non autosufficienza di classe N1 e N2.

Compatibilmente con i requisiti previsti dal paragrafo 1.4., le strutture residenziali e semi-residenziali di secondo livello rispondono ai requisiti previsti per le strutture residenziali protette contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308.

1.3.3. STRUTTURE DI TERZO LIVELLO.

Le strutture di terzo livello sono strutture socio-assistenziali ad elevata intensità assistenziale ed ad elevata complessità organizzativa destinate a persone anziane.

Le strutture di terzo livello sono idonee ad ospitare persone anziane autosufficienti o non autosufficienti che, in base all'applicazione congiunta dei criteri di valutazione denominati «Barthel Index» (non autosufficienza fisica) e «Short Portable Mental Status Questionnaire ó S.P.M.S.Q.» (deterioramento mentale), rientrano in una delle classi indicate nella seguente tabella:

Classe	Non autosufficienza	Barthel Index	S.P.M.S.Q.
N3	Grave	da 0 a 40	da 8 a 10
N2	Media	da 45 a 60	da 5 a 7
N1	Lieve	da 65 a 90	da 2 a 4
A	Assente (autosufficiente)	da 95 a 100	da 0 a 1

In virtù dei requisiti strutturali previsti per le strutture di terzo livello, è appropriato un loro utilizzo per ospitare persone anziane con gradi di non autosufficienza di classe N2 e N3.

Compatibilmente con i requisiti previsti dal paragrafo 1.4., le strutture residenziali e semi-residenziali di terzo livello rispondono ai requisiti previsti per le strutture residenziali protette contenute nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 21 maggio 2001, n. 308.

1.4. REQUISITI TECNICI E STRUTTURALI DELLE STRUTTURE DESTINATE AD ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI PER ANZIANI.

1.4.1. REQUISITI TECNICI E STRUTTURALI GENERALI.

Le strutture devono garantire le seguenti caratteristiche e condizioni di sicurezza conformi alle vigenti normative in materia di:

- a) sicurezza statica in situazioni normali o eccezionali;
- b) requisiti igienico-sanitari e smaltimento dei rifiuti;
- c) prevenzione e protezione dagli incendi;
- d) sicurezza degli impianti e risparmio di energia;
- e) sicurezza e salute del personale e dei luoghi di lavoro;
- f) abbattimento delle barriere architettoniche.

1.4.2. LOCALIZZAZIONE.

La struttura deve essere preferibilmente localizzata in ambiti urbani a destinazione residenziale o nelle aree all'uso riservate dagli strumenti urbanistici, purché tali aree siano inserite in contesti urbani già consolidati o in zone in fase di sviluppo programmato o in modo da essere inserite in centri di vita attiva o e siano dotate cioè di elementi essenziali per rendere più possibile varia, completa e organizzata la vita delle persone anziane;

l'area deve essere protetta da fattori inquinanti e deve avere caratteristiche di salubrità.

Tale localizzazione deve essere individuata anche in funzione della necessità di raccordo con l'organizzazione dei servizi socio-sanitari di zona e di tutti quei servizi rientranti nell'area degli interventi a carattere socializzante.

La struttura deve preferibilmente trovarsi all'interno di una rete di pubblici trasporti, al fine di favorire la continuità dei rapporti familiari e sociali.

1.4.3. ACCESSIBILITÀ ESTERNA.

La larghezza e la pendenza dei percorsi pedonali, i raccordi tra questi e il livello stradale, i materiali e le caratteristiche costruttive ad essi connessi, le aree di parcheggio e gli accessi alla struttura edilizia devono rispettare quanto previsto dalla normativa vigente in materia di eliminazione di barriere architettoniche.

1.4.4. ARTICOLAZIONE DEGLI SPAZI COMUNI DELLE STRUTTURE.

a) Le caratteristiche dei locali, fatte salve le disposizioni che seguono, sono stabilite conformemente alle norme del Piano Regolatore Generale Comunale per la civile abitazione e sono attestate dal certificato di agibilità rilasciato dal Comune stesso.

b) Ogni struttura deve essere dotata di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto, organizzati in modo tale da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la riservatezza.

c) Nelle strutture residenziali a minore attività assistenziale (strutture socio-assistenziali di primo e secondo livello) distribuite su più di un piano, deve essere presente un ascensore accessibile con carrozzeria; nelle strutture residenziali a maggiore intensità assistenziale (strutture socio-assistenziali di terzo livello) è necessaria la presenza di un montalettighe.

d) Ogni struttura deve essere dotata di spazi esterni adeguati per il parcheggio degli automezzi degli operatori e dei visitatori, nonché di spazi scoperti attrezzati adibiti a verde, anche idonei ad accogliere attività esterne alla struttura per l'integrazione della stessa nel contesto sociale ed urbano in cui è inserita.

e) In ogni struttura, vige il divieto di fumo in tutti i locali, salvo la predisposizione di locali riservati ai fumatori allestiti secondo quanto disciplinato dalla normativa in vigore.

1.4.5. ARTICOLAZIONE DEGLI SPAZI INDIVIDUALI E CARATTERISTICHE DEGLI ARREDI DELLE STRUTTURE.

- a) Tenuto conto delle fondamentali esigenze di intimità e di riservatezza di ogni persona, le camere delle strutture residenziali (strutture socio-assistenziali di primo secondo e di terzo livello) devono essere dimensionate per un massimo di due posti letto, onde consentire una adattabilità tra le persone anziane e la struttura e tra le persone stesse.
- b) In tutte le strutture le dimensioni abitative devono essere di almeno 12 metri quadrati per ogni camera con un posto letto, 18 metri quadrati per ogni camera con due posti letto e 24 metri quadrati per ogni camera a tre posti letto per le sole strutture esistenti; in ogni caso, deve essere garantito ovunque lo spazio minimo per la rotazione delle carrozzine, ossia 150 cm.; in caso di strutture esistenti, le misure di superficie sopra indicate possono essere diminuite fino al 20%.
- c) Nelle strutture residenziali a maggiore intensità assistenziale (strutture socio-assistenziali di terzo livello), con un numero di posti letto superiore a 25, è necessaria la presenza di almeno una camera da letto insonorizzata.
- d) Con l'eccezione di quelle a minore attività assistenziale (strutture di primo livello), le strutture devono essere dotate di letti articolati (preferibilmente, con un minimo di due snodi) regolabili in altezza, con asta metallica e maniglia per consentire all'ospite di sollevarsi e con la predisposizione per eventuale installazione dell'asta per flebo e delle sponde.
- e) Deve essere garantita la disponibilità di materassi e di cuscini anti-decubito per gli ospiti che ne presentano la necessità.
- f) Deve essere assicurato l'utilizzo di materiali di classe di reazione al fuoco superiore a 1 (materassi, tendaggi, cuscini e tessuti in generale).
- g) Le camere da letto ed i servizi igienici devono essere dotati di dispositivi di comunicazione (come, ad esempio, citofoni, campanelli, pannelli telematici con comando a distanza), idonei a segnalare agli operatori oppure a chiunque sia addetto al controllo delle persone anziane le richieste di assistenza o di aiuto.
- h) Con l'eccezione di strutture adibite a «comunità alloggio», nelle camere non è consentito l'uso di apparecchi con resistenza elettrica scoperta ed a gas.
- i) Deve essere prevista la presenza di una linea telefonica a disposizione degli ospiti.

1.4.6. REQUISITI IGIENICI.

Omissis

1.5. PROFESSIONALITÀ DELLE RISORSE UMANE IMPIEGATE NEI SERVIZI.

Nell'ambito delle strutture per anziani, le risorse umane assumono un ruolo determinante per una risposta corretta e completa alle esigenze della persona anziana.

In base alle effettive finalità di ciascun servizio evidenziate nelle parti specifiche del presente documento, sono impiegate le seguenti risorse umane:

1. Figure del personale dell'area socio-assistenziale:

- a) Referente di struttura;
- b) Operatore socio-sanitario (OSS);
- c) Animatore;
- d) Addetto ai servizi di cucina;
- e) Addetto ai servizi ausiliari.

2. Figure del personale dell'area sanitaria:

- a) Coordinatore infermieristico;
- b) Infermiere;
- c) Fisioterapista;
- d) Logopedista;
- e) Medico di medicina generale (MMG);

f) Eventuali medici specialisti.

È ammesso l'accesso ai servizi di cui trattasi da parte di personale volontario cui possono essere affidate le mansioni che non sono di competenza del personale socio-assistenziale e sanitario precedentemente richiamato.

1.5.1. PERSONALE DELL'AREA SOCIO-ASSISTENZIALE

1.5.1.1. Referente di struttura è un operatore dell'area socio-assistenziale che opera principalmente all'interno di strutture residenziali per anziani e, su indicazione dell'Ente gestore nel rispetto dell'autonomia organizzativa, può operare anche nelle sedi di riferimento della Comunità montana. Esso svolge le seguenti funzioni:

- a) è il referente del gestore all'interno della struttura e, in linea con la politica dello stesso, garantisce la corretta gestione del servizio, assicurando la trasmissione di informazioni e svolge un'azione di promozione e sensibilizzazione delle esigenze delle persone anziane e delle problematiche del personale nei confronti dell'ente;
- b) sulla base di istruzioni dell'Ente gestore coordina tutto il personale facente capo all'Ente stesso, nel rispetto di ogni singolo profilo professionale: è il punto di riferimento di tutto il personale, garantendo inoltre il rispetto della disciplina interna e un'efficiente gestione dei servizi della struttura individuando le soluzioni più idonee e i risultati da raggiungere;
- c) assicura la predisposizione e l'attuazione dei turni di lavoro del personale facente capo all'Ente gestore;
- d) elabora in collaborazione con gli operatori il piano di lavoro della struttura con particolare riferimento a: l'organizzazione e la conduzione di incontri periodici di programmazione e di verifica degli interventi;
È la garanzia dell'integrazione delle attività assistenziali con gli interventi sociali e sanitari;
È la garanzia del buon esito del flusso delle informazioni ai vari livelli amministrativi e gestionali;
È la verifica e la proposta dell'approvvigionamento di materiale necessario nonché di strumenti ed ausili tecnici;
- e) esegue alcune delle funzioni amministrative relative alla gestione della struttura, assicurando ó tra l'altro ó la raccolta, la tutela e il governo di tutti i dati e le informazioni relative alla struttura ed ai singoli ospiti;
- f) cura l'inserimento dell'ospite sia precedentemente sia nel corso della fase di ingresso in struttura ed assicura, dopo un iniziale periodo di osservazione, l'elaborazione, l'attuazione, la verifica e la valutazione di un piano di assistenza individualizzato per ogni singola persona, in collaborazione con gli operatori della struttura;
- g) favorisce la qualità delle prestazioni e del servizio attraverso:
È la promozione di atteggiamenti e comportamenti professionali;
È la partecipazione attiva degli operatori nell'individuare soluzioni migliorative dell'organizzazione;
È il confronto con altre strutture del territorio;
- i) assicura i rapporti con i familiari, i volontari ed altre figure sanitarie e socio-assistenziali ed organizzazioni esterne;
- j) promuove l'organizzazione e la realizzazione di interventi formativi e di aggiornamento sia per la propria figura sia per il restante personale;
- k) favorisce una gestione del servizio trasparente attraverso modalità di partecipazione e di informazione all'esterno, sulla base di istruzioni dell'Ente gestore.

Il referente di struttura deve possedere uno dei seguenti titoli di studio, unito ad un attestato rilasciato dalla Regione al termine di un corso finalizzato alla formazione specifica per referenti di struttura per anziani:

È titolo finale di studio di istruzione secondaria di secondo grado ad indirizzo sociale, socio-assistenziale

o socio-pedagogico valido per la iscrizione all'università, con esperienza almeno triennale nei servizi socio-assistenziali;

È titolo finale di studio di istruzione secondaria di secondo grado integrato dall'attestato di qualifica professionale di assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST) rilasciato ai sensi della legge regionale 5 maggio 1983, n. 28 ovvero da successivi corsi ad indirizzo pedagogico di durata non inferiore a 2.400 ore;

È titolo di istruzione secondaria di secondo grado integrato da un diploma o laurea in professioni sanitarie infermieristiche o professioni sanitarie della riabilitazione (decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001) e servizio sociale;

È diploma di laurea quadriennale in pedagogia, in scienze dell'educazione, in psicologia ovvero laurea triennale in una delle seguenti classi definite dal decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 4 agosto 2000 «Determinazione delle classi delle lauree universitarie»: classe 18 «Scienze dell'educazione e della formazione», classe 34 «Scienze e tecniche psicologiche». Le figure professionali (sanitarie, sociali e amministrative) che operano nell'ambito dei servizi di cui trattasi da almeno dieci anni o che svolgono già, di fatto, funzioni di referente delle strutture residenziali possono accedere al corso finalizzato alla formazione specifica di referente di struttura.

1.5.1.2. OPERATORE SOCIO-SANITARIO ó O.S.S.

È un operatore dell'area socio-assistenziale, la cui figura professionale è destinata a sostituire gradualmente le figure esistenti dell'operatore tecnico assistenziale (O.T.A.) ó che opera in ambito sanitario dell'assistente domiciliare e dei servizi tutelari (A.D.E.S.T.) ó che opera già in ambito socio-assistenziale. È l'operatore pertanto che, in possesso dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare prevalentemente i bisogni primari della persona, nell'ambito della propria area di competenza, in un contesto sia sociale sia sanitario, nonché a favorire il benessere e l'autonomia della persona anziana. L'operatore socio-sanitario possiede un titolo finale di studio di istruzione secondaria di primo grado e un attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, ai sensi del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni in data 22 febbraio 2001, nonché della deliberazione della Giunta regionale n. 5107 del 30 dicembre 2003 e successive modificazioni. In via transitoria e con riferimento al personale in servizio alla data di approvazione del presente documento ed ad esaurimento delle graduatorie per l'assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato di concorsi banditi entro il 31.12.2007, sono considerate equiparate alle prestazioni rese dagli operatori socio-sanitari (OSS) quelle prestazioni rese da assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST), non in possesso della qualifica stessa conseguita in seguito a percorso formativo, in regime di dipendenza o di collaborazione con i soggetti pubblici o privati gestori dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi in Valle d'Aosta.

1.5.1.3. ANIMATORE

È un operatore la cui attività è finalizzata a promuovere lo sviluppo e/o il mantenimento delle potenzialità ancora presenti e di stimolo per il recupero di quelle perse.

Si occupa della programmazione e della realizzazione delle attività del tempo libero degli anziani.

Collabora con altre figure professionali o servizi diversi per sostenere attività in rete, gestisce e coordina attività di animazione per l'attivazione di processi di comunicazione e integrazione sociale, osserva e registra i comportamenti individuali e di gruppo, rileva i bisogni che possono emergere, partecipa alla stesura dei progetti individualizzati ed alla successiva verifica. L'animatore possiede uno dei seguenti titoli di studio:

a) titolo finale di studio di istruzione secondaria di secondo grado integrato da corsi di formazione per animatori riconosciuti dall'Amministrazione regionale;

b) diploma di laurea quadriennale in pedagogia o scienza dell'educazione, ovvero laurea triennale nella classe 18 «Scienze dell'educazione e della formazione» definita dal decreto del Ministero

dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 4 agosto 2000 «Determinazione delle classi delle lauree universitarie»;

c) titolo di educatore professionale conseguito con corso regionale di almeno 2.400 ore o diploma di laurea ai sensi del decreto del Ministero della sanità 520/1998 e del decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001. La mansione può essere svolta dall'operatore socio-sanitario (OSS) o assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST) con comprovata esperienza o propensione nell'attività di animazione con gli adulti.

1.5.1.4. ADDETTO AI SERVIZI DI CUCINA (omissis)

1.5.1.5. ADDETTO AI SERVIZI AUSILIARI.(omissis)

1.5.1.6. VOLONTARI

I volontari che operano all'interno delle strutture fanno parte di specifiche organizzazioni di volontariato o far parte di associazioni comunque definite.

1.5.2. PERSONALE DELL'AREA SANITARIA

I requisiti professionali e le caratteristiche delle mansioni svolte dalle figure professionali dell'area sanitaria indicate al punto 1.5. sono quelli previsti dalla normativa statale e regionale vigente in materia.

1.6. CONTENUTO E VOLUMI DELL'ASSISTENZA PRESSO LE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI RESIDENZIALI PER ANZIANI.

Le strutture residenziali per anziani garantiscono la sussistenza delle condizioni necessarie per l'erogazione dei seguenti ambiti di assistenza:

1. Ambito di tipo alberghiero:

- a) igiene e governo dei locali;
- b) copertura dei servizi di ristorazione;
- c) lavanderia e stireria;
- d) servizi amministrativi/gestionali.

2. Ambito di tipo socio-assistenziale:

- a) aiuto alla persona per il soddisfacimento delle esigenze individuali, come ad esempio l'igiene personale e la somministrazione pasti;
- b) aiuto ed accompagnamento nelle relazioni con l'esterno per il disbrigo delle pratiche amministrative, per visite mediche, per commissioni varie e per il collegamento con altri servizi, per gli utenti privi di familiari.

3. Ambito di animazione con finalità sia di socializzazione sia di prevenzione per rallentare il decadimento psichico e mentale.

4. Ambito di tipo sanitario:

L'Ente gestore si avvale della presenza del servizio dell'infermiere, del fisioterapista e del logopedista in funzione del bisogno dei singoli ospiti e sulla base del progetto assistenziale.

L'attività di assistenza sanitaria all'interno delle strutture pubbliche socio-assistenziali residenziali per anziani gestite da enti locali territoriali è erogata direttamente dai servizi territoriali

dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che si fa carico dell'amministrazione e della gestione, nonché dei relativi oneri del personale impiegato, a seguito dell'approvazione, entro sei mesi dall'approvazione della deliberazione della Giunta Regionale n. _____ in data

_____, di uno specifico

protocollo d'intesa tra l'Azienda U.S.L della Valle d'Aosta, il Consiglio Permanente Enti Locali e la Regione finanziato da apposite risorse regionali vincolate.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, l'assistenza del medico di medicina generale e quella specialistica devono essere intese come analoghe agli interventi resi al domicilio della persona.

L'attività di assistenza alla persona è erogata all'interno delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani ó in relazione al grado di non autosufficienza della persona anziana calcolata nella misura almeno del 65% delle attività svolte complessivamente dai diversi operatori.

Attività socio assistenziale e sanitaria.

La presenza del referente di struttura è garantita in termini di un'unità a metà tempo fino a 40 ospiti ed un'unità a tempo pieno fino ad 80 posti letto. Oltre gli 80 posti letto la gestione di una complessa organizzazione richiede la presenza di figure di riferimento quali ad esempio un direttore. Nel caso di convenzioni con strutture private deve essere comunicato il nominativo del referente all'ente pubblico di riferimento. Al fine del corretto e omogeneo calcolo dei minuti giornalieri di assistenza, considerati nella tabella, sono quelli effettivamente impiegati nella reale attività lavorativa giornaliera.

Infatti, per l'elaborazione dei minuti minimi necessari all'assistenza degli utenti/ospiti sono stati calcolati unicamente i minuti effettivamente lavorati dagli operatori, sottraendo quindi all'orario di lavoro le assenze dovute a ferie, malattia, gravidanze. Per gli operatori socio-assistenziali, referente di struttura e per il personale ausiliario le ore effettive su base annua sono state calcolate nella misura di 1.388 (milletrecentoottantotto). Il personale ausiliario deve essere presente in numero adeguato, al fine di garantire il rispetto delle norme igieniche all'interno delle strutture di cui trattasi nello svolgimento delle attività di tipo alberghiero come, a titolo esemplificativo, la pulizia dei locali, il servizio di lavanderia, di stireria e di riordino in generale della struttura.

Per tutte queste attività il servizio svolto dal personale ausiliario per il funzionamento delle strutture deve essere calcolato almeno pari al 35% dell'attività svolta complessivamente dai diversi operatori.

L'attività di animazione deve essere prevista in un numero di ore settimanali non inferiori a quattro, utili al mantenimento degli interessi specifici degli ospiti e alla prevenzione del decadimento psicofisico e mentale degli stessi. In situazioni particolari o per periodi non superiori ad un mese nell'arco di un semestre o è possibile una riduzione del 15% (quindici per cento) dei minuti dedicati all'assistenza alla persona, sia socio-assistenziale sia infermieristica e riabilitativa.

1.7. PRINCIPALI MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO E DI ORGANIZZAZIONE PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI.

1.7.1. Ammissioni e dimissioni.

L'ammissione è libera, su richiesta della persona anziana o dei suoi familiari la dimissione può avvenire o su richiesta della persona o su decisione del gestore della struttura socio-assistenziale residenziale. In ogni caso l'ammissione e la dimissione presso soggetti pubblici e privati convenzionati è disposta dalle Unità di Valutazione Geriatrica. La persona anziana e il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale concordano l'ammissione e la dimissione: gli accordi devono risultare da un documento scritto, che contenga i reciproci impegni.

1.7.2. Presa in carico.

Le strutture socio-assistenziali residenziali devono garantire l'applicazione della metodologia del lavoro per progetti individualizzati, compresi i momenti di verifica degli interventi. La persona anziana e la sua famiglia, il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale concordano la presa in carico: gli accordi devono risultare da un documento scritto, che contenga i reciproci impegni nonché le modalità di erogazione del servizio stesso.

I rapporti con la persona anziana ed i suoi familiari sono curati dal referente di struttura socio-assistenziale residenziale.

1.7.3. Valutazione

La persona anziana ed, eventualmente, i suoi familiari valutano la rispondenza del servizio alle necessità

esprese negli impegni concordati all'atto dell'ammissione con particolare riferimento al piano di assistenza

individualizzata. Il gestore della struttura socio-assistenziale residenziale fornisce altresì i dati richiesti dalla

struttura regionale competente in materia di servizi per anziani affinché la Regione Autonoma Valle d'Aosta

possa valutare e vigilare sull'andamento delle strutture e sulla rispondenza dei servizi resi rispetto alle esigenze

delle persone anziane.

1.7.4. Regolamento

Le strutture socio-assistenziali residenziali sono dotate di un regolamento interno tecnico assistenziale ó che

provvedono ad aggiornare periodicamente ó con la finalità di:

- a) salvaguardare prioritariamente il benessere della persona anziana;
- b) garantire la conoscenza e la trasparenza dell'organizzazione e del funzionamento del servizio;
- c) indicare strategie per l'integrazione con la comunità locale.

Il regolamento prevede quindi disposizioni sui seguenti punti:

- a) finalità e caratteristiche della struttura;
- b) regole della vita comunitaria;
- c) modalità di fruizione del servizio;
- d) orari dei pasti e del rientro serale;
- e) modalità per regolamentare i rapporti con i familiari e le visite dei medesimi agli ospiti;
- f) modalità di organizzazione delle attività ricreative;
- g) rapporti con la comunità locale e i servizi territoriali.

Il regolamento interno deve prevedere la possibilità di accesso alle strutture di gruppi sociali iscritti al registro

regionale delle organizzazioni di volontariato.

Copia del regolamento deve essere trasmessa alla struttura regionale competente in materia di servizi per anziani

e consegnata a tutte le persone anziane ospiti o ai loro familiari, ovvero esposto nella struttura.

1.7.5. Documentazione

Le strutture socio-assistenziali residenziali tengono una documentazione costantemente aggiornata relativa

sia alla persona anziana sia alla vita comunitaria ed, in particolare:

- a) il registro delle presenze delle persone anziane;
 - b) il registro delle presenze del personale nei singoli turni di lavoro;
 - c) la tabella dietetica, approvata dal responsabile del servizio di igiene pubblica ed esposta in cucina e nelle sale da pranzo;
 - d) una cartella personale per ogni persona anziana contenente i dati anagrafici, amministrativi, sociali e sanitari
- e il progetto di lavoro individualizzato aggiornato;
- e) una cartella con le annotazioni giornaliere salienti per ciascuna persona anziana, utile per le consegne fra i diversi operatori nel cambio di turno;

f) copia della documentazione tecnica relativa alle strutture stesse.

1.8. DISPOSIZIONI PARTICOLARI PER LE «COMUNITÀ ALLOGGIO»

1.8.1. DEFINIZIONE E FINALITÀ

La «comunità alloggio» è una struttura socio-assistenziale residenziale per anziani composta da un minimo di due alloggi di piccole dimensioni, attrezzati in modo da permettere una vita autonoma, ma raggruppati in una unica struttura residenziale.

La «comunità alloggio» è di norma dotata di servizi comuni (sala da pranzo o soggiorno, locali per il tempo

libero, lavanderia e stireria) che possono essere utilizzati anche da centri diurni o centri d'incontro.

Viceversa, laddove i servizi comuni esistono già in centri diurni o centri d'incontro, i medesimi possono essere fruiti anche dalle persone anziane ospiti della «comunità alloggio».

Laddove non previsto diversamente, alla «comunità alloggio» si applicano i requisiti strutturali previsti per le

altre strutture socio-assistenziali residenziali.

1.8.2. DESTINATARI

La «comunità alloggio» è destinata ad anziani, soli o in coppia, che rispondano a tutti i seguenti requisiti:

- a) abbiano una condizione psicofisica di autosufficienza o parziale autosufficienza;
- b) non presentino bisogni sanitari intensivi;
- c) anche per periodi temporanei non possano restare in famiglia o al proprio domicilio.

1.8.3. ASPETTI STRUTTURALI

Gli alloggi, per una o due persone possono consistere in monolocali o bilocali con relativi servizi igienici e

dotati, almeno per il 50%, di angolo cottura autonomo.

Devono essere previsti i seguenti locali e servizi:

- a) camere da letto per gli ospiti, dotate di servizi igienici accessibili in numero di uno ogni alloggio, nonché di campanelli di chiamata collegati al telesoccorso;
- b) locali adeguati alle modalità organizzative adottate;
- c) in strutture distribuite su più piani: almeno un ascensore accessibile;
- d) una linea telefonica a disposizione degli ospiti.

L'assistenza sanitaria deve essere intesa come analoga agli interventi resi al domicilio della persona anziana.

1.8.4. FUNZIONAMENTO

Deve essere garantita la presenza di una figura di riferimento durante il giorno con funzioni di guardiania,

con compiti di portierato, custodia, pulizia delle parti comuni e manutenzione della struttura, oltre che di immediata

reperibilità in caso di bisogno degli ospiti, nonché di campanelli di chiamata in ogni posto letto collegati

al portierato là dove presente nelle ore notturne.

Se necessario, le persone anziane inserite nella «comunità alloggio» si avvalgono degli interventi e del personale

sanitario previsto per i servizi socio-assistenziali per anziani resi nell'ambito dell'assistenza domiciliare

integrata (ADI).

2. STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI SEMI-RESIDENZIALI PER ANZIANI.

2.1. CENTRO DIURNO.

2.1.1. DEFINIZIONE E FINALITÀ.

Il «centro diurno» è una struttura socio-assistenziale semi-residenziale che ospita, in regime diurno, persone anziane offrendo prestazioni di tipo socio-assistenziale, di animazione ed, in via residuale, di tipo sanitario.

Considerate le loro finalità, i centri devono essere situati in zone centrali e facilmente accessibili.

Il «centro diurno» può essere punto di appoggio del servizio di assistenza domiciliare e

dell'assistenza domiciliare integrata e può fungere anche da centro di incontro.

Laddove non previsto diversamente, al «centro diurno» si applicano i medesimi requisiti strutturali ed organizzativi previsti per le altre strutture socio-assistenziali residenziali.

2.1.2. DESTINATARI

Il «centro diurno» si rivolge normalmente a persone anziane parzialmente non autosufficienti e non autosufficienti bisognose di interventi dovuti a necessità di tutela, di sostegno e di assistenza anche sanitaria non possibili al domicilio.

2.1.3. ASPETTI STRUTTURALI

Il «centro diurno» è composto dai seguenti locali:

- a) cucina ed annessa dispensa;
- b) lavanderia;
- c) locale attrezzato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in cui sono conservati, in appositi armadi con serratura, i prodotti farmaceutici e simili;
- d) servizi igienici corredati da doccia con idonei ausili e bagno assistito, distinti per il personale e per le persone anziane;
- e) sala polivalente per il pranzo ed il soggiorno per le persone anziane.

Qualora le dimensioni volumetriche della struttura socio-assistenziale lo consentano, devono essere realizzati locali destinati al riposo diurno delle persone anziane.

Qualora il «centro diurno» sia inserito in una struttura socio-assistenziale residenziale i locali di cui sopra

possono essere condivisi.

2.1.4. FUNZIONAMENTO.

Il «centro diurno» garantisce la sussistenza delle condizioni necessarie per l'erogazione dei seguenti ambiti di assistenza:

1. Ambito di tipo alberghiero:

- a) igiene e governo dei locali;
- b) copertura dei servizi di ristorazione;
- c) lavanderia e stireria;
- d) servizi amministrativi/gestionali.

2. Ambito di tipo socio-assistenziale: aiuto alla persona per il soddisfacimento delle esigenze individuali come, a titolo esemplificativo, l'igiene personale totale o parziale, la preparazione e la somministrazione dei

pasti ed il governo dei locali.

3. Ambito di animazione, con finalità sia di socializzazione che di prevenzione per rallentare il decadimento psichico e mentale.

4. Attività di tipo sanitario:

- a) assistenza generale infermieristica;
- b) assistenza riabilitativa;
- c) assistenza del medico di medicina generale;
- d) assistenza specialistica.

In considerazione del fatto che, normalmente gli anziani ospiti dei centri diurni sono principalmente persone

con grado di non autosufficienza di classe A, N1, N2, l'attività di assistenza è erogata in relazione al grado di non autosufficienza secondo le seguenti modalità:
Attività di assistenza nei centri diurni

	Persona autosufficiente	Persona con grado di non autosufficienza classificata come A/N1	Persona con grado di non autosufficienza classificata come A/N2	Persona con grado di non autosufficienza classificata come A/N3
Assistenza dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS)	È garantito in relazione al comprovato bisogno	Pari a 60 minuti giornalieri a persona	Pari a 95 minuti giornalieri a persona	Pari a 140 minuti giornalieri a persona

Resta fermo che l'attività di assistenza sanitaria all'interno delle strutture pubbliche socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani gestite da enti locali territoriali è erogata direttamente dai servizi territoriali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta che si fa carico dell'amministrazione e della gestione, nonché dei relativi oneri del personale impiegato.

2.2. CENTRO DI INCONTRO.

2.2.1. DEFINIZIONE E FINALITÀ

Il «centro di incontro» è una struttura socio-assistenziale per anziani che offre attività ricreative e culturali

per favorire la vita di relazione ed i rapporti di comunicazione interpersonale. Considerate le finalità, il «centro di incontro» è situato in zone centrali ed inserite in una rete di servizi al cittadino. Al «centro di incontro» si applicano i medesimi requisiti strutturali previsti per le strutture socio-assistenziali residenziali di primo livello.

2.2.2. DESTINATARI

Il «centro di incontro» è destinato prioritariamente alle persone anziane, anche se è accessibile a tutti i cittadini senza distinzione di età.

2.2.3. ASPETTI STRUTTURALI

Il «centro di incontro» si caratterizza quale struttura flessibile nei suoi contenuti e può quindi nascere:

- quale struttura autonoma o a completamento di servizi esistenti nella zona: in tal caso, deve prevedere almeno una sala polivalente con annessi servizi igienici riservati al centro di incontro ed un locale per la tisaneria;
- contemporaneamente a servizi socio-assistenziali per anziani di tipo residenziale già esistenti o quale emanazione di questi che, in tal modo, tendono ad integrare le loro prestazioni e ad aprirsi alla comunità;
- quale integrazione di altre strutture a carattere sociale che, pur fornendo prestazioni diverse, possono divenire punto di riferimento per la popolazione anziana.

2.2.4. FUNZIONAMENTO

Annualmente il gestore approva un piano di attività, sentite le persone utenti del centro stesso.

Il gestore designa un responsabile del servizio che può anche essere designato all'interno del gruppo di volontari che ne assicura il funzionamento e che, in via ordinaria, cura i rapporti con le persone anziane del «centro di incontro».

A titolo esemplificativo, le attività che il centro di incontro può offrire alla popolazione sono attività di tempo libero, di svago e culturali come biblioteca, proiezioni, conferenze, spettacoli, concerti, mostre, attività espressive ed artigianali, anche in collaborazione con le risorse del territorio, quali le associazioni ed i gruppi di volontariato.

3.1. SOGGIORNI CLIMATICI

3.1.1. DEFINIZIONE E FINALITÀ

I «soggiorni climatici» sono un servizio sociale che offre la possibilità di trascorrere alcuni periodi in strutture

residenziali particolarmente idonee per cure termali e climatiche.

Oltre a finalità di mantenimento e ristabilimento dello stato di salute psicofisico, i soggiorni offrono occasione di svago e di rapporti sociali.

3.1.2. DESTINATARI

Sono destinatari del servizio le persone anziane che vivono al proprio domicilio o in strutture socio-assistenziali residenziali, con priorità per coloro che presentano una autonomia ridotta e non hanno la possibilità di accedere diversamente ad altri soggiorni o vacanze.

3.1.3. FUNZIONAMENTO

I «soggiorni climatici» possono essere organizzati durante tutto l'arco dell'anno presso le normali attrezzature alberghiere o presso case di vacanza, laddove sia garantita l'assenza di barriere architettoniche.