

PANORAMA LEGISLATIVO

N. 5 dicembre 2007 – 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 ha portato ad esprimere una propria "cultura" di governo che senz'altro costituisce un patrimonio storicamente acquisito, da tenere nella dovuta considerazione, anche nella prospettiva del federalismo e del rafforzamento delle autonomie locali, secondo il principio di sussidiarietà verticale sancito dall'Unione Europea.

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

Pertanto l'ISTISSE con il presente numero inaugura uno specifico spazio dedicato alla illustrazione e commento (per gli atti più importanti e significativi) della legislazione e degli atti amministrativi statali e della legislazione e degli atti amministrativi delle Regioni, articolati per aree tematiche riferite sia alla articolazione funzionale che si collega alle materie indicate nel dlgs.112/98, sia a più specifici approfondimenti di campi più "mirati" in rapporto alla realizzazione 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 dicembre 2007, arretrati compresi

PARI OPPORTUNITA'

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO PER I DIRITTI E LE PARI OPPORTUNITA'

COMUNICATO

Avviso per il finanziamento di progetti finalizzati a rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto della violenza di genere (GU n. 284 del 6-12-2007)

Note

Il provvedimento, articolato e complesso, illustra le modalità per il finanziamento di progetti che peraltro sono stati indicati anche da alcune Regioni, come la Toscana.

Si riporta il bando, che comunque costituisce un riferimento fondamentale per la realizzazione di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza di genere.

1. Contesto e inquadramento normativo.

L'elaborazione e l'attuazione di un Piano d'azione per il contrasto della violenza sessuale e di genere si inserisce nell'ambito dell'azione del Governo e, in particolare, della Ministra per i diritti e le pari opportunità volta alla promozione e alla tutela dei diritti fondamentali della persona e dell'uguaglianza fra le persone in accordo con gli obblighi assunti a livello internazionale, europei e nazionali e in particolare:

Patto internazionale sui diritti civili e politici; ratificato il 15 dicembre 1978.

Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali ratificato il 15 dicembre 1978.

Convenzione internazionale per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, ratificata il 4 febbraio 1976.

Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, ratificata nel 1985 e il protocollo opzionale ratificato il 22 dicembre 2000.

La convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia ratificata il 5 settembre 1991.

Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne, adottata il 20 dicembre 1993 che considera violenza tutte le forme di aggressioni fisiche, sessuali o psicologiche a danno delle donne.

Statuto di Roma di istituzione della Corte penale internazionale del 17 luglio 1998, ratificato dall'Italia il 26 luglio 1999. Comprende le disposizioni in materia di protezione di donne e minori contro varie forme di violenze, specificate e elencate in vari articoli.

Convenzione internazionale contro il crimine organizzato transnazionale, ratificato il 2 agosto 2006.

Convenzione internazionale per i diritti delle persone disabili del 13 dicembre 2006, firmata dall'Italia il 30 marzo 2007 non ancora entrata in vigore.

Il trattato di Amsterdam del 1° maggio 1999.

La carta Europea dei Diritti fondamentali del 2000.

Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle Libertà fondamentali, del 4 novembre 1950, ratificata dall'Italia il 26 ottobre 1955.

La raccomandazione Rec (2002)5 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulla protezione delle donne dalla violenza adottata il 30 aprile 2002.

Convenzione del Consiglio d'Europa per combattere la violenza contro le donne e per la lotta contro la tratta degli esseri umani del 16 maggio 2005.

Consiglio d'Europa, Raccomandazione 1450 (2000) sulla violenza contro le donne in Europa.

Consiglio d'Europa. Risoluzione 1212 (2000) sullo stupro durante i conflitti armati.

Consiglio d'Europa. Risoluzione 1247 (2001) sulle mutilazioni genitali femminili.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1523 (2001) sulla schiavitù domestica.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1555 (2002) sull'immagine della donna nei media.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1582 (2002) sulla violenza domestica contro le donne.

Consiglio d'Europa. Risoluzione 1327 (2003) sui cosiddetti "crimini d'onore".

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1663 (2004) sulla schiavitù domestica.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1681 (2004) sulla Campagna per combattere la violenza domestica contro le donne.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 1723 (2005) sui matrimoni forzati e sui matrimoni in età minorile.

Consiglio d'Europa. Raccomandazione 11 (2000) del Comitato dei Ministri agli Stati membri sull'azione contro il traffico di esseri umani per sfruttamento sessuale.

2. Finalita' del "Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere".

L'art. 1, comma 1261 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) ha previsto l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per i diritti e le pari opportunita' di un fondo denominato "Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere", destinato in quota parte all'istituzione di un Osservatorio nazionale contro la violenza sessuale e di genere e in quota parte ad un Piano d'azione nazionale contro la violenza sessuale e di genere. In particolare, il Piano d'azione nazionale rappresenta lo strumento per elaborare e sviluppare la strategia nazionale di prevenzione e contrasto della violenza, nonche' di protezione, tutela e reinserimento delle vittime.

Gli assi strategici della politica nazionale sono:

la prevenzione ed il contrasto della violenza sessuale e di genere a danno di adulte, minori, persone di diverso orientamento sessuale, disabili e migranti;

l'individuazione delle varie forme di violenza, la valutazione del loro impatto sociale, economico e culturale e lo sviluppo dei meccanismi di informazione e sensibilizzazione sul fenomeno e la sua complessita';

la protezione delle vittime anche attraverso interventi normativi se necessari;

la sensibilizzazione e l'informazione sull'uguaglianza e il contrasto delle discriminazioni.

Particolare priorita' e' data all'integrazione tra le azioni dei vari soggetti pubblici e privati a livello locale in materia di prevenzione e contrasto alla violenza sotto tre profili d'intervento:

misure di sensibilizzazione e prevenzione contro la violenza sessuale e di genere e le discriminazioni;

misure per la tutela, la protezione delle vittime che prevedono interventi anche a favore dei minori attraverso una rete di servizi dotati di personale specializzato e in grado di affrontare sia problemi immediati che problemi di medio e lungo termine;

misure per il reinserimento sociale ed economico delle vittime attraverso una rete di servizi dotati di personale specializzato e in grado di affrontare sia problemi immediati che problemi di medio e lungo termine.

Il decreto del Ministro per i diritti e le pari opportunita' del 16 maggio 2007 ha destinato al "Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere" per l'anno 2007 una quota di euro 3.000.000.

Con successivo decreto del Ministro per i diritti e le pari opportunita' emanato il 3 agosto 2007 di concerto con il Ministro della salute, il Ministro della solidarieta' sociale, il Ministro del lavoro e il Ministro per la Famiglia sono stati stabiliti i criteri di ripartizione del citato "Fondo" destinando una quota di 2.200.000 euro per l'anno 2007 al Piano nazionale d'azione.

Con il presente avviso si intende dare attuazione ai succitati decreti, attraverso la definizione delle specifiche relative all'articolazione ed ai contenuti delle proposte progettuali finanziabili con la quota parte del "Fondo" in parola destinata al finanziamento del Piano nazionale d'azione.

3. Oggetto dell'avviso.

L'obiettivo prioritario di questo avviso pubblico e' di incentivare un approccio programmato e di sistema nel settore della prevenzione e del contrasto di tutte le forme di violenza sessuale e di genere e della tutela e reinserimento delle vittime.

La particolare complessita' della violenza di genere sta nelle sue varie manifestazioni, nei vari livelli di vulnerabilita' e nella diversita' territoriale e sociale in cui si esprime. Questa complessita' determina la necessita' di una maggiore collaborazione tra gli attori istituzionali e gli attori privati coinvolti: lo scambio, la concertazione e l'integrazione rappresentano elementi strategici per rendere efficace ed efficiente l'intervento.

Saranno finanziate azioni volte a progettare e/o sviluppare reti territoriali fra vari attori pubblici e privati per la definizione di strategie, azioni ed interventi integrati, pluridisciplinari e

inter-settoriali, in materia di contrasto, di prevenzione della violenza e di protezione e reinserimento delle vittime.

In particolare nelle azioni dovranno essere coinvolti soggetti pubblici e del privato sociale, quali ad es. servizi sanitari, servizi sociali; forze dell'ordine; servizi educativi, consulenti legali e psicologici, associazioni del privato sociale, ecc., al fine di consentire la creazione e/o sviluppo-qualificazione di reti sostenibili di prevenzione e contrasto a tutte le forme di violenze di genere sulle donne, i minori, le persone di diverso orientamento sessuale, tenendo conto delle categorie particolarmente vulnerabili quali i disabili, anziane, migranti e donne appartenenti a minoranze etniche, ecc.

I progetti proposti devono avere valenza territoriale intercomunale, o comunale nei soli casi di capoluoghi di provincia, e/o interprovinciale e/o interregionale. Saranno considerati prioritari gli interventi che coinvolgono piu' ambiti e piu' livelli territoriali.

Le proposte progettuali devono essere caratterizzate dalla innovativita', sperimentali e trasversali settoriali ed avere caratteristiche di trasferibilita' in territori e contesti diversi.

4. Obiettivi specifici e azioni ammissibili.

1) Scambio e trasferibilita' delle buone prassi: rafforzare le capacita' territoriali attraverso la rilevazione, l'analisi, la valutazione e lo scambio delle esperienze e delle buone prassi esistenti in Italia ed in Europa con particolare attenzione alla violenza in ambito familiare e nelle relazioni affettive.

2) Preparare e adattare i ruoli e le persone: sviluppare e sperimentare strumenti metodologici, formativi e valutativi innovativi per sostenere e sviluppare una rete di attori territoriali di varie culture organizzative e professionali al fine dell'elaborazione di obiettivi, strategie e metodologie di lavoro condivise per la prevenzione della violenza di genere e la tutela delle vittime.

3) Preparare e adattare le organizzazioni: sviluppare e sperimentare standard e procedure per i processi inter-organizzativi e inter-settoriali indispensabili per il governo della rete considerando le varie fasi dell'intervento, i diversi destinatari e beneficiari nonche' le multiple interazioni delle varie competenze in campo a livello regionale e/o provinciale e/o locale.

4) Comprendere ed approfondire per intervenire: sensibilizzare, informare e specializzare i vari attori territoriali coinvolti attraverso giornate di studio e seminari di approfondimento per affrontare la complessita' del fenomeno della violenza di genere e la complessita' delle azioni di contrasto e di protezione, le buone prassi in Italia e all'estero, i sistemi di protezione esistenti in Europa ed in Italia coinvolgendo esperti e consulenti di varie discipline. Particolare attenzione dovra' essere data alle forme di violenza meno visibili: come la violenza in ambito familiare, gli abusi sessuali sui minori, la violenza nelle relazioni affettive compreso lo stalking, le violenze psicologiche e fisiche rivolte a migranti e a donne appartenenti alle minoranze etniche e culturali (matrimoni forzati, mutilazioni, ricatti e minacce), le violenze subite dalle donne anziane, dalle persone di diverso orientamento sessuale e infine dalle disabili e malate croniche.

5) Monitorare e valutare l'impatto e i risultati: sviluppare e sperimentare procedure unificate e standardizzate per il monitoraggio e la valutazione in itinere e finale dei programmi di tutela e protezione delle vittime adulte e minorenni (accoglienza, consulenza psicologica, assistenza legale, assistenza sanitaria e sociale, assistenza per la fase processuale, ecc) e di reinserimento economico e sociale, gia' attivi sul territorio.

I progetti proposti devono comprendere minimo 2 e massimo 3 delle azioni sopraelencate. I progetti dovranno prevedere un comitato di pilotaggio costituito da consulenti ed esperti esterni alle organizzazioni proponenti che avra' i compiti di discutere, concordare ed approvare il programma tecnico, proporre eventualmente contenuti specifici, monitorare e approvare la realizzazione delle varie fasi di implementazione del progetto.

Il Comitato di pilotaggio deve essere convocato almeno tre volte: all'avvio del progetto, prima dell'avvio delle attivita' tecniche da realizzare alla fine del progetto.

5. Risorse programmate.

L'ammontare delle risorse destinate ai progetti di cui al presente avviso e' di 2.150.000 euro a valere sul "Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere", istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per i diritti e le pari opportunita', ai sensi dell'art. 1, comma 1261 della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Il contributo per ogni progetto proposto non puo' superare 150.000 euro.

Il contributo potra' coprire le spese fino al 80% del costo totale del progetto. Il proponente, pertanto, dovra' garantire un cofinanziamento almeno pari al 20% del totale.

6. Durata dei progetti.

Ai fini del presente avviso saranno ammessi alla valutazione progetti della durata massima di diciotto mesi a decorrere dalla data dell'atto di concessione del finanziamento.

7. Soggetti proponenti.

I soggetti proponenti dovranno presentare i loro progetti in forma associata (ATI/ATS, consorzi ecc.) tra una pluralita' di attori delle istituzioni pubbliche e private competenti in materia, fermo restando che sara' considerato soggetto proponente e, in quanto tale, responsabile nei confronti dell'amministrazione, della realizzazione dell'intero progetto, l'ente individuato, dai componenti il partenariato, quale soggetto capofila.

Non saranno ammessi proponenti con un partenariato che non comprende almeno due enti pubblici e due organismi del privato sociale.

La realizzazione delle attivita' progettuali dovra' essere svolta necessariamente dal soggetto proponente capofila e dai suoi partners, non essendo ammesso l'affidamento a soggetti terzi delle attivita' medesime. Una deroga a tale divieto sara' possibile solo in relazione a consulenti esterni esperti e contributi specialistici per i quali l'ente non dispone di professionalita' interne adeguate e dovranno essere descritti nella scheda di progetto ai fini della valutazione dell'ammissibilita'.

Ogni soggetto, sia in qualita' di capofila che di partner, potra' presentare un solo progetto.

8. Presentazione delle domande.

I soggetti proponenti dovranno presentare i progetti utilizzando unicamente la modulistica allegata al presente avviso, disponibile sul sito Internet [http:// www.pariopportunita.gov.it](http://www.pariopportunita.gov.it)

I progetti dovranno pervenire, pena l'esclusione, in una busta chiusa (un originale e due copie integrali) e controfirmata sui lembi di chiusura, recante all'esterno:

intestazione del mittente;

intestazione dell'amministrazione procedente: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per i diritti e le pari opportunita' Largo Chigi n. 19, 00187 - Roma;

la dicitura: "Fondo nazionale contro la violenza sessuale e di genere - Piano nazionale contro la violenza - anno 2007". Avviso pubblico per il finanziamento di progetti finalizzati a rafforzare le azioni di prevenzione e contrasto della violenza di genere.

I progetti dovranno essere presentati, pena l'esclusione, a mano, ovvero tramite raccomandata con avviso di ricevimento, oppure a mezzo corriere entro e non oltre il termine perentorio indicato al successivo paragrafo 9. al seguente indirizzo: Dipartimento per i diritti e le pari opportunita', Largo Chigi n. 19, 00187 - Roma - IV Piano, Stanza n. 4083.

La data di acquisizione della documentazione e' stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dalla Segreteria del Capo Dipartimento per i Diritti e le pari opportunita'. Nel caso di invio tramite raccomandata, ai fini del rispetto del termine di cui al successivo paragrafo 9, non fa fede il timbro postale di spedizione, ma la data di ricevimento da parte dell'amministrazione.

I progetti presentati a mano ovvero a mezzo corriere dovranno essere consegnati unicamente presso la Segreteria del Capo del Dipartimento.

Il plico dovra' contenere la seguente documentazione:

domanda di ammissione al finanziamento (allegato A) e altra documentazione indicata al successivo paragrafo 10;

scheda di progetto (allegato B);

piano finanziario (allegato C).

9. Termine di presentazione dei progetti.

I progetti dovranno essere presentati entro il termine di sessanta giorni, naturali e consecutivi, dalla data di pubblicazione del presente avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il su-indicato termine, qualora coincidente con un giorno non lavorativo, si intende differito al primo giorno non festivo immediatamente successivo.

10. Requisiti di ammissibilita'.

I soggetti proponenti dovranno presentare a pena di esclusione, la seguente documentazione:

1) autocertificazione avente per oggetto il nominativo del legale rappresentante e l'idoneita' dei suoi poteri alla sottoscrizione degli atti del presente avviso;

2) domanda di ammissione al finanziamento, redatta secondo l'allegato modello a, debitamente compilata e sottoscritta dal legale rappresentante, accompagnata da copia fotostatica non autenticata di un documento di identita' di quest'ultimo in corso di validita';

3) copia dello statuto e/o dell'atto costitutivo;

4) dichiarazione del legale rappresentante circa l'insussistenza, nei confronti propri e dei componenti degli organi di amministrazione e controllo, delle cause di divieto, di sospensione o di decadenza di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575, corredata da un elenco contenente le generalita' complete dei componenti dei succitati organi;

5) dichiarazione sostitutiva di certificazione resa (ai sensi dell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000) dal legale rappresentante che attesti:

che l'ente non si trova in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e che non sono pendenti domande di concordato ne' di amministrazione controllata;

che l'ente e' in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori;

che l'ente e' in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette ed indirette, e delle tasse;

6) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 resa dal legale rappresentante, dalla quale risulti che il progetto non forma oggetto di altri finanziamenti da parte di pubbliche amministrazioni;

7) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 resa dal legale rappresentante, con cui si attesta di non aver presentato altro progetto sul presente avviso;

8) lettere di adesione, intese, accordi con cui i soggetti partners esprimono la volonta' di partecipare al progetto, specificando le modalita' di partecipazione;

9) in caso di ATI/ATS la dichiarazione attestante la volonta' di partecipare al raggruppamento, con l'indicazione dell'ente capofila.

La domanda di cui al punto 2 e la dichiarazione di cui al punto 9 dovranno essere sottoscritte dai rappresentanti legali di tutti i partners; analogamente la documentazione di cui ai punti 1-3-4-5-6-7-8 dovra' essere prodotta da tutti i componenti.

11. Cause di inammissibilita'.

Saranno considerate inammissibili ed escluse, come tali, dalla valutazione le proposte progettuali:

a) redatte su supporti cartacei diversi dagli allegati al presente avviso;

b) prive della firma del legale rappresentante, ove esplicitamente richiesta;

- c) presentate da soggetti diversi da quelli legittimati, così come individuati al precedente paragrafo 7;
 - d) pervenuti all'amministrazione destinataria oltre il termine di cui al precedente paragrafo 9;
 - e) pervenute senza plico ovvero in plico non rispondente alle indicazioni di cui al precedente paragrafo 8;
 - f) prive di uno o più documenti elencati al precedente paragrafo 10;
 - g) che prevedano una durata superiore al limite massimo indicato al precedente paragrafo 6;
 - h) prive di uno o più requisiti di ammissibilità di cui al paragrafo 10;
 - i) che prevedano un finanziamento superiore all'importo massimo concedibile (150.000 euro);
 - j) che richiedano un finanziamento superiore all'80% del costo complessivo del progetto;
 - k) che prevedano spese generali di ammontare superiore al 10% del costo complessivo del progetto;
 - l) che prevedano spese per il coordinamento e la segreteria di progetto di ammontare superiore al 10% del costo complessivo del progetto.
 - m) il cui cofinanziamento da parte del proponente non è costituito in via esclusiva dall'apporto monetario;
 - n) i cui soggetti proponenti, sia in qualità di capofila che di partner, risultino proponenti anche di altre proposte.
- L'esclusione per taluna delle cause di cui al presente paragrafo sarà comunicata al soggetto proponente.
- L'istruttoria di ammissibilità verrà eseguita a cura della Commissione di valutazione di cui al punto successivo.

12. Valutazione dei progetti.

Per la valutazione delle proposte progettuali pervenute sarà istituita una apposita Commissione.

Tutte le proposte ammissibili saranno esaminate secondo i criteri di selezione seguenti:

1. Valutazione della qualità della proposta - punti max 40:
 pertinenza e conformità della proposta all'obiettivo e oggetto dell'avviso;
 chiarezza e fattibilità delle attività, della metodologia e del calendario proposto;
 qualità e pertinenza del partenariato e conformità all'obiettivo e oggetto dell'avviso;
 qualità del piano per la visibilità e pubblicizzazione delle azioni previste e dei risultati ottenuti;
 caratteristiche di innovatività e trasferibilità del progetto;
 qualità dei meccanismi di monitoraggio e di valutazione finale.
2. Capacità operativa - punti max 20:
 qualità delle esperienze realizzate relative alle tematiche oggetto dell'avviso;
 adeguatezza delle modalità operative ed organizzative proposte dell'intervento.
3. Qualità delle competenze e qualifiche professionali del personale - punti max 30:
 qualità delle competenze del Comitato di pilotaggio;
 qualità della professionalità del personale tecnico proposto per la realizzazione delle attività.
4. Rapporto costi/benefici - punti max 10:
 coerenza dei costi previsti con gli obiettivi, l'incidenza dell'intervento, i risultati attesi.

A conclusione dell'istruttoria la Commissione incaricata stabilisce la graduatoria finale dei progetti, che verrà approvata con decreto del Capo Dipartimento per i diritti e le pari opportunità.

La graduatoria conterrà l'elenco dei progetti, in ordine decrescente di punteggio attribuito dalla commissione di valutazione, finanziabili fino ad esaurimento delle risorse.

Nel caso in cui due o più progetti conseguano il medesimo punteggio ed occupino nella graduatoria una posizione tale da non permettere l'ammissione al finanziamento di tutti i progetti con pari punteggio, l'ordine di posizione nella graduatoria sarà determinato tramite sorteggio.

Dell'approvazione della graduatoria verrà data comunicazione a tutti i soggetti proponenti. Il provvedimento sarà inoltre pubblicato sul sito internet <http://www.pariopportunita'.gov.it>.

Non saranno ammessi a finanziamento i progetti che non raggiungeranno il punteggio minimo di 60.

13. Modalità di erogazione.

Il contributo verrà assegnato in due tranches: la prima a titolo di anticipo, pari al 50% del totale, e dietro presentazione di apposita fidejussione bancaria o polizza fidejussoria assicurativa; il restante 50% verrà erogato a saldo, in seguito alla presentazione di fattura o nota di debito e della relazione delle attività realizzate, alla verifica da parte del Dipartimento della loro corretta realizzazione ed al controllo della documentazione contabile di cui al punto 15.

Le spese effettivamente sostenute e documentate dovranno essere comprensive della quota di cofinanziamento a carico del proponente.

14. Limiti di esigibilità delle spese.

Il piano finanziario dovrà essere redatto utilizzando esclusivamente l'allegato C.

1. L'ammontare minimo del cofinanziamento, da parte del soggetto proponente, sarà pari al 20%, da intendersi esclusivamente come apporto monetario.

2. Nell'ambito delle spese per le risorse umane (personale dipendente, consulenti esterni, ecc.), i costi relativi al coordinamento ed alla segreteria di progetto non potranno superare globalmente il 10% del costo complessivo del progetto.

3. Non saranno riconosciute eleggibili le spese rientranti nell'ambito delle attività di promozione del progetto che prevedono la costruzione ex novo di siti web.

4. Le spese generali non possono eccedere il 10% del costo complessivo del progetto.

15. Procedure di avvio, attuazione e rendicontazione dei progetti.

I progetti dovranno essere avviati, inderogabilmente, pena la revoca del finanziamento, entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione di avvenuta registrazione della convenzione presso i competenti organi di controllo e concludersi nei tempi stabiliti.

Eventuali proroghe del termine finale potranno essere concesse, sino ad un massimo di sei mesi, in presenza di cause imprevedibili e non imputabili al soggetto attuatore, che impediscano la realizzazione del progetto nei tempi programmati.

I soggetti titolari dei progetti possono proporre adeguamenti o modificazioni motivati rispetto al progetto iniziale, che non ne alterino l'impostazione e le finalità, da sottoporre alla preventiva approvazione da parte dell'amministrazione.

Eventuali variazioni compensative tra le singole macrovoci di spesa contemplate nel piano finanziario dovranno essere evidenziate all'atto della presentazione della rendicontazione e della relazione finali di cui al presente paragrafo, precisandone le motivazioni.

Le variazioni compensative che comportano uno scostamento eccedente il 20% della singola macrovoce di spesa dovranno essere previamente autorizzate dal Ministero, su richiesta motivata del soggetto proponente.

Entro quarantacinque giorni dalla conclusione delle attività progettuali, il soggetto attuatore dovrà presentare la sotto-indicata documentazione, sottoscritta dal legale rappresentante:

relazione finale, redatta secondo la modulistica che sarà fornita dall'amministrazione procedente;

rendicontazione finale, redatta coerentemente all'impostazione del piano finanziario;

elenco dei giustificativi delle spese sostenute, distinto per macrovoci di spesa.

I giustificativi delle spese sostenute in esecuzione delle attività progettuali dovranno essere conservati e resi disponibili all'Amministrazione fino a due anni dalla conclusione del progetto.

I soggetti attuatori dovranno presentare, a meta' del periodo contrattuale, una relazione intermedia sullo stato di attuazione del progetto, corredata da un prospetto recante l'indicazione delle spese sostenute nel periodo di riferimento e redatto coerentemente con l'impostazione del piano finanziario; la suddetta relazione dovra' essere consegnata entro trenta giorni dal termine indicato.

16. Utilizzo del logo del Dipartimento per i diritti e le pari opportunita'.

Dall'assegnazione del finanziamento statale discende l'obbligo per il soggetto attuatore di utilizzare il logo ufficiale del Dipartimento per i diritti e le pari opportunita' con la dicitura "Progetto finanziato dal Dipartimento per i diritti e le pari opportunita'" sulla documentazione informativa, compresi i siti internet, i seminari ed i convegni connessi all'attivita' di promozione del progetto. Il predetto logo sara' fornito dall'amministrazione precedente all'avvio delle attivita'.

Il materiale informativo suddetto dovra' essere messo a disposizione dell'Amministrazione, anche su supporto informatico, ai fini della eventuale diffusione attraverso il sito istituzionale.

17. Principio di non discriminazione.

I principi di parita' di genere, di pari opportunita' per tutti e di non discriminazione, in considerazione della loro valenza trasversale, dovranno informare tutti gli interventi finanziati attraverso l'impiego di modalita' atte a superare gli ostacoli che impediscono di fatto il pieno esercizio dei diritti riconosciuti in materia di tutela contro tutte le forme di discriminazioni dall'ordinamento giuridico italiano.

18. Altre informazioni.

I soggetti interessati potranno inviare quesiti per posta elettronica all'indirizzo di seguito indicato non oltre ventuno giorni prima del termine di scadenza per la presentazione dei progetti, indicando nella rubrica "Oggetto" il/i paragrafo/I dell'avviso sul quale si intende avere piu' informazioni: email: fondonazionaleviolenza-2007@governo.it

Le risposte ai quesiti di interesse generale saranno pubblicate sul sito internet: www.pariopportunita'.gov.it

19. Responsabile del procedimento.

Il responsabile del procedimento e' la dott.ssa. Maria Gabriella Colombi.

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE

Decreto 2.11.07 - Ridefinizione del termine di cui all'articolo 2, comma 3, lettera b) del decreto 26 ottobre 2006, relativo alla individuazione dei criteri per il riparto di 1.000 milioni di euro tra le regioni, che stipulano accordi diretti al contenimento della spesa sanitaria. (GU n. 285 del 7-12-2007)

Note

- L' art. 1, comma 278 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 stabilisce che il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'art. 1, comma 164 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e' incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006
- in base alla documentazione fatta pervenire dalle regioni interessate ai competenti ministeri, deve registrarsi la impossibilita' di completare nel previsto termine di sessanta giorni l'istruttoria per la sottoscrizione degli accordi, con relativi piani di rientro, della regione Siciliana e della regione Sardegna;

- Viene modificato il termine per la sottoscrizione degli accordi di che trattasi, ed e' ridefinito in centodiciannove giorni.

Decreto 13.11.07 - Modello di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (gia' Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico). (GU n. 289 del 13-12-2007 - Suppl.

Note

Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici anche se trasformati in fondazioni e le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (gia' Policlinici Universitari a gestione diretta di diritto pubblico), inviano a preventivo, trimestralmente e a consuntivo alle regioni e alle province autonome di appartenenza e ,al Ministero della salute le informazioni richieste con il modello CE riportato nell'allegato 1, che sostituisce quello allegato al decreto del Ministro della sanita' di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica del 28 maggio 2001. Ai medesimi adempimenti sono tenute anche le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per le attivita' sanitarie gestite direttamente.

PANORAMA REGIONALE

(BUR ufficialmente pervenuti al 15 dicembre 2007, arretrati compresi)

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

EMILIA ROMAGNA

L.R. 4.12.07, n. 23 -Costituzione e funzionamento della consulta di garanzia statutaria

DAL 28.11.07, n. 145 Protocollo di consultazione delle associazioni iscritte all'albo generale di cui all'art. 19 dello statuto

Note

PREMESSA

- Per rafforzare la diffusione delle pratiche di consultazione e partecipazione, previste in diverse forme e tipologie dallo statuto e dalle leggi regionali e attuate da tempo in Emilia-Romagna, il presente protocollo individua le modalita' per realizzare presso le Commissioni assembleari un canale di dialogo permanente tra l'istituzione elettiva e le forme associative in cui si organizza la comunita' regionale.
- Il confronto tra Assemblea legislativa e associazioni nell'ambito dell'avvio del procedimento legislativo, della definizione degli indirizzi politico programmatici piu' generali e delle attivita' di controllo sull'attuazione delle leggi e di valutazione degli effetti delle politiche, mira ad assicurare:

- all'Assemblea, nel momento in cui esercita le proprie piene potesta' decisionali, la piu' ampia conoscenza delle opinioni, delle valutazioni e delle proposte delle organizzazioni regionali che esprimono interessi diffusi o collettivi in merito agli oggetti di intervento dell'Assemblea;
- alle associazioni iscritte all'albo il diritto di essere informate delle consultazioni di loro interesse, di far conoscere e scambiare le proprie valutazioni, di avanzare proposte, di sollecitare la discussione in Commissione su determinate questioni di competenza dell'Assemblea, di conoscere gli esiti dei controlli sull'attuazione delle leggi e sulla valutazione delle politiche.

Gli strumenti per la consultazione delle associazioni sono individuati

nel regolamento interno dell'Assemblea e consistono in:

- pubbliche udienze conoscitive (art. 43);
- audizioni (art. 44);
- incontri specifici (art. 42, comma 6);
- consultazioni telematiche.

I. PRINCIPI DELLA CONSULTAZIONE

1) Massima partecipazione

Le consultazioni si svolgono sulla base piu' idonea a garantire la massima partecipazione delle associazioni iscritte all'albo interessate all'oggetto della consultazione, individuate dalla Commissione che procede alla consultazione, che vengono immediatamente informate dell'avvio della consultazione.

2) Trasparenza

Le consultazioni devono svolgersi in modo trasparente sia nei confronti delle parti coinvolte che della comunita' regionale in generale.

3) Efficacia

Le Commissioni assembleari sono la sede istituzionalmente prevista per dare efficacia al confronto ed alla valutazione formale delle istanze proposte dai soggetti invitati.

4) Chiarezza

Ogni comunicazione relativa ad una consultazione deve essere chiara e concisa e contenere tutte le informazioni atte ad agevolare le prese di posizione degli interlocutori.

5) Limiti di tempo per partecipare

La durata delle consultazioni e' tale da garantire un ragionevole equilibrio tra la necessita' di permettere l'elaborazione di contributi esaurienti e quella di concludere il processo decisionale in tempi certi.

6) Pubblicazione

L'Assemblea, in ottemperanza al principio di massima trasparenza e circolazione delle informazioni di cui all'art. 14 dello Statuto regionale, assicura attraverso appropriati canali di comunicazione l'informazione dell'opinione pubblica circa i contributi delle associazioni e gli esiti delle consultazioni.

7) Risultanze

L'Assemblea riconosce l'interesse e la necessita' di garantire un esito ai contributi ricevuti. A tale scopo nella relazione per l'aula sull'oggetto della consultazione sono indicati i soggetti coinvolti.

II. STRUMENTI PER LA CONSULTAZIONE

8) Udienze conoscitive

9) Audizioni

10) Incontri specifici

11) Consultazioni telematiche

DAL 28.11.07, n. 146 Istituzione dell'albo generale delle associazioni previsto dall'art. 19, comma 2, dello Statuto

Note

Ai fini dell'iscrizione all'albo generale sono considerate "associazioni" tutte le organizzazioni costituite con atto scritto, secondo i requisiti dell'art. 16 del codice civile, che operino nel territorio regionale per perseguire finalita' d'interesse generale, esplicitate nello statuto.

TOSCANA

LR 23.11.07, n. 62 Disciplina dei referendum regionali previsti dalla Costituzione e dallo Statuto 40 del 30.11.07

TRENTO

L.R. 16.11.07 – Ratifica dell'intesa tra la Regione del Veneto e la Provincia autonoma di Trento per favorire la cooperazione tra i territori confinanti (BUR n. 48 del 27.11.07)

Note

L'intesa ha per oggetto l'individuazione di modalita' per il migliore esercizio delle funzioni amministrative in particolare nei settori dello sviluppo locale, della sanita' della cultura, dell'alta formazione, dell'istruzione e della formazione, delle infrastrutture e del trasporto.

BOLZANO

L.P.16.11.07, n. 11 – Ordinamento dei servizi (BUR n. 48 del 27.11.07)

Note

Fra i servizi (definiti: una prestazione non destinata alla produzione di un bene materiale che avviene di norma dietro corrispettivo) sono considerati, fra gli altri:

- i servizi alla persona;
- sanita' ed altri servizi sociali destinabili alla vendita.

Le imprese sono iscritte nell'apposito registro presso la Camera di commercio, industria e artigianato della Provincia.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

SICILIA

DASS 12.11.07 – Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti (GURS n. 56 del 30.11.07)

Note

* In data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

* Nell'ambito dell'accordo è stato fatto obbligo alla Regione di adottare, entro il 30 settembre, un decreto assessoriale disciplinante un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per

l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti;

* A tale riguardo sono condivise ed adottate le "Linee guida in materia di valutazione multidimensionale" e le schede di rilevazione "SVAMA" per come discusso e concordato nella riunione tenutasi presso il Ministero della salute l'11 settembre 2007;

* Tali schede di valutazione multidimensionale sono finalizzate alla ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti, quale unico strumento da utilizzarsi da parte delle aziende unità sanitarie locali e dalle équipes multidimensionali e/o anziani e comunque per i soggetti non autosufficienti per poter accedere all'erogazione delle precitate prestazioni.

VENETO

DGR 6.11.07, n. 3542 - Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-sanitari per le persone affette da decadimento cognitivo.

Note

In considerazione del particolare interesse del documento, se ne riporta ampio stralcio, a fini informativi e formativi.

PREMESSE EPIDEMIOLOGICHE

I dati di conoscenza

La demenza di Alzheimer, e le altre demenze stanno emergendo negli ultimi anni in maniera sempre più drammatica sia per la quantità e qualità dell'assistenza richiesta dal malato, sia per la rilevante implicazione di ordine medico, sociale ed economico. Stime sulla prevalenza di questa malattia sono inficiate dall'incapacità di diagnosticare le alterazioni cognitive specifiche, se non nelle sue fasi finali, quando il danno neurologico è ormai grave e sostanzialmente irreversibile. Per quanto riguarda i dati esistenti circa incidenza e prevalenza di demenza in Italia lo studio longitudinale compiuto dal CNR nel corso del Progetto Finalizzato Invecchiamento condotto su un campione di 5000 ultrasessantenni fornisce dati raccolti in modo oggettivo e con criteri standardizzati

Dallo studio emerge che la prevalenza di demenza nella popolazione italiana >65 anni è del 6,4%, con una prevalenza che è maggiore nel sesso femminile e che aumenta con l'aumentare d'età: meno dell'1% dei soggetti al di sotto dei 60anni risulta esserne affetto, mentre la malattia aumenta la prevalenza quasi in modo esponenziale passando a 3,7-8% sopra i 65 anni e superando il 20% dopo gli 80 anni. Negli ultraottantenni, in uno studio di prevalenza attuato in tre Comuni della Provincia di Verona (878 persone) con il contributo della Regione Veneto (Progetto Argento), il tasso di prevalenza riscontrato, per le demenze in toto, è stato del 24% di cui il 66% erano affetti da demenza senile tipo Alzheimer.

L'incidenza

L'incidenza in Italia è stata calcolata essere di 2,4 nuovi casi l'anno ogni 100.000 abitanti nella fascia di età tra i 40 e i 60 anni, e di 127 nuovi casi l'anno ogni 100.000 abitanti per i soggetti di età superiore ai 60 anni. Tutti questi dati permettono di indicare in circa mezzo milione il numero di soggetti affetti da demenza in Italia; inoltre la forma più frequente, la demenza di Alzheimer, è responsabile di circa il 40-50% di tutte le demenze.

L'andamento demografico del nostro Paese, con il tasso di natalità più basso di tutta l'Unione Europea ed il progressivo aumento della speranza di vita, sta producendo un rapido incremento della popolazione geriatrica.

Nel 1971 gli ultrasessantacinquenni erano l'11,3%, pari a quasi sei milioni di individui e sono passati nel 1991 al 15,3%, pari a nove milioni di individui. Da notare, in particolare, il marcato incremento dei cosiddetti "grandi vecchi", ossia gli ultraottantenni, che passeranno dall'1,8% del 1971 a quasi il 7% della popolazione totale del 2025, percentuale che pone l'Italia largamente in testa alla media dei paesi industrializzati.

Le problematiche connesse

I dati demografici degli ultimi anni mostrano inoltre che nell'arco dell'ultimo ventennio nella nostra regione, la speranza di vita è aumentata di circa 5 anni e che pertanto le problematiche sanitarie, sociali e assistenziali connesse con questa patologia sono destinate progressivamente ad aumentare nei prossimi anni.

I dati raccolti dal CNR nello studio Progetto Finalizzato Invecchiamento dimostrano che il Veneto non si discosta sensibilmente dai dati nazionali. E' possibile calcolare che globalmente nel Veneto esistono al momento attuale circa 45-50.000 pazienti affetti da sindrome demenziale clinicamente diagnosticabile e di varia gravità, di cui circa il 50% riferibile a malattia di Alzheimer e per il resto a forme secondarie, talora curabili. Circa 15.000 pazienti presentano gravi o gravissimi problemi neuro-comportamentali, come depressione, deliri, allucinazioni o agitazione psico-motoria che costituiscono la causa principale di rischio di grave stress familiare.

Gli impegni conseguenti

E' comprensibile dunque come la lunga durata della malattia, la precoce perdita di autosufficienza, la necessità di cure e sorveglianza continue costituiscano un impegno gravoso e protratto per la famiglia e per la società, condizioni che richiedono notevole dispendio di energie e grande utilizzo di risorse di tipo sanitario, socio-assistenziale ed economico. Il malato, infatti, tende a perdere gradualmente la memoria e le facoltà intellettive fino alla totale assenza di contatto con il mondo circostante; il graduale deterioramento della qualità dei rapporti fra la persona ammalata e coloro che lo assistono costituisce un particolare problema per i familiari esposti ad un crescente stress psicologico (distress del caregiver) vissuto molto spesso nell'isolamento delle mura domestiche.

Il ruolo della famiglia

In questo senso la demenza di Alzheimer riguarda soprattutto la famiglia di origine del malato che, in assenza di un'offerta di servizi complementari di sostegno, si trova spesso impreparata da un punto di vista psicologico e di cultura medica a rivestire il ruolo, ancor oggi nella maggior parte dei casi, di unico riferimento del malato per tutto il decorso della malattia.

I dati della letteratura internazionale, peraltro, indicano che circa l'80% delle persone ammalate è curata a casa, tuttavia i dati reali sul numero e sulla gravità degli ammalati assistiti a domicilio, in Italia, non sono noti anche se è presumibile che siano assistiti a casa sia ammalati con demenza di gravità moderata che severa.

Di fronte al mutare dello scenario complessivo dell'assistenza nel nostro Paese che tende a riportare nella famiglia la cura del malato cronico, attribuendone un sistema di oneri e responsabilità prima a carico della collettività, è necessario che questa sia posta in grado di uscire dall'isolamento

comunicativo in cui il malato la costringe e possa essere integrata in una strategia terapeutica globale adeguata alla complessità della malattia nella varietà del suo decorso, basata su un modello di intervento coordinato che tenga conto, dopo l'identificazione precoce con accertamenti clinici e strumentali, della componente specialistica, farmacologica, riabilitativa ed assistenziale (domiciliare e residenziale).

La rete di supporto alla famiglia

Le esigenze di informazioni aggiornate sulla malattia, di fronte alla complessità della ricerca scientifica più avanzata, sulle modalità di accesso ai servizi territoriali, sulla possibilità di fruire di un supporto psicologico adeguato alla gestione del familiare demente con disturbi comportamentali, insieme con la conoscenza degli aspetti amministrativi connessi con l'avanzamento della malattia (certificazione di invalidità civile, eventuale procedimento di interdizione, erogazione della pensione di invalidità o della indennità di accompagnamento, ecc), sono in parte soddisfatte dalle Associazioni di Volontariato che da tempo operano a livello nazionale e locale al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica, di aggregare le famiglie di fronte a problemi comuni, di ricercare soluzioni applicative coerenti con la necessità di coordinamento tra i diversi soggetti presenti sul territorio.

In questo contesto storico sia la Regione che il livello nazionale si sono mossi con una serie di provvedimenti che iniziano da quelli più strettamente finalizzati all'attuazione del proprio Piano Socio Sanitario Regionale approvato con L.R. 3 febbraio 1996 n. 5, ridefinendo l'assetto strutturale della rete dei servizi sanitari con D.G.R. n. 1404/2000 per il Veneto e, a livello nazionale, con il Piano nazionale di cura per soggetti dementi in forma lieve o media, detto "Progetto Cronos, che prevedeva anche la costituzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA).

Le criticità

A lungo andare, l'accavallarsi di normativa nazionale e regionale, ha generato nelle Aziende ULSS e Ospedaliere venete approcci organizzativi diversi, con gradi differenti nell'architettura e nel dimensionamento dei servizi, sulla base dell'esperienza maturata, mostrando la necessità di garantire livelli confrontabili di cure su tutto il territorio regionale e percorsi espliciti e facilitati ai cittadini orientati a criteri di appropriatezza e presa in cura globale, sia a domicilio che in altri contesti assistenziali.

Da una indagine conoscitiva condotta dalla Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari risulta che:

- non tutte le aziende hanno un piano di assistenza al demente;
- c'è un'estrema variabilità nella costituzione dei servizi (soprattutto clinici) e nella rappresentazione delle competenze;
- non ci sono adeguati utilizzi e presenze di alcune professionalità (per es. psicologo);
- ci sono differenze nel numero di casi seguiti a parità di popolazione assistita;
- c'è una diffusa presenza di volontariato.

Attualmente, un malato e i suoi familiari possono avere una relazione con più strutture e livelli operativi, passando dall'UVA nella fase iniziale della malattia, ad approfondimenti presso il COADD, quando istituito, fino a strutture di maggior specializzazione, come il CRIC. Posta la diagnosi, qualora intercorrano problemi di natura assistenziale, il malato e i suoi familiari si rivolgono all'UVMD e ai Servizi Sociali, dai quali dipende il sistema d'offerta extraospedaliero (ADI, Case di Riposo, Centri Diurni, Nuclei Alzheimer, SAPA, assegni di cura). Talvolta le persone

vengono autorizzate dall'UVMD a piani di assistenza che poi vengono dettagliati dagli erogatori, sottoponendo i fruitori ad ulteriori approfondimenti e indagini.

Il malato e i familiari possono quindi incontrare servizi con referenze diverse, con il rischio che nessuna sia realmente in grado di mantenere la continuità di cura.

Le soluzioni prospettate

Lungo la linea delle relazioni tra i tre sistemi di cura, è quindi prioritario liberare il malato e la sua famiglia dall'onere di ricomporre il sistema d'offerta e di consentire al Medico di Medicina Generale di condividere i problemi del malato in un ambito consulenziale unico. In tale logica al MMG, ai servizi di approfondimento clinico e all'UVMD, è affidata la gestione dei passaggi e della sintesi della cura, in accordo con il malato e i suoi familiari.

Sono quindi approvati gli indirizzi che definiscono un livello minimo uniforme di cure alle persone su tutto il territorio regionale verso una semplificazione del sistema delle relazioni tra malato e operatori, evitando la frammentazione delle competenze e delle referenze.

Pertanto, la strategia organizzativa offerta dal documento è fondata su:

1. approccio per problemi con la misura del loro impatto sulla qualità di vita del malato e dei familiari, secondo criteri valutativi estesi e validati, tempestivamente utilizzati, per soddisfare il diritto alla diagnosi e prognosi;
2. costanza, continuità e rapidità di cura, con l'esplicita descrizione e dimensionamento della presa in carico integrata, sanitaria e sociale;
3. semplificazione delle "strutture" e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari con la definizione dell'assetto organizzativo, delle competenze di cura e dei sistemi d'offerta, seguendo la storia naturale del malato e la necessità di aiuto della famiglia.

Il documento elaborato dalla Commissione Tecnica Regionale, "**Allegato A**" al presente provvedimento, è quindi approvato.

"ALLEGATO A"

Nell'ambito dell'allegato, si riportano gli aspetti ritenuti più significativi.

Strategia organizzativa

*approccio per problemi secondo criteri valutativi stesi e validati, per soddisfare il diritto alla diagnosi ed alla prognosi;

* costanza, continuità e rapidità di cura, con esplicita descrizione e dimensionamento della presa in carico integrata sanitaria e sociale;

* semplificazione delle strutture e delle referenze impegnate verso i malati e i loro familiari con la definizione dell'assetto organizzativo, delle competenze di cura e del sistema d'offerta.

Assetto metodologico

Il grado di definizione dei problemi, la complessità delle storie e la numerosità dei malati raccomandano un approccio che:

- individui le priorità tra i problemi dei malati;
- guidi la scelta delle attività e delle prestazioni;
- orientamento multidimensionale e organizzazione del lavoro in equipe;
- valutazione delle cure, sia gestionale che di esito.

Sistema delle relazioni

Viene definito il Centro per il Decadimento Cognitivo (CDC) nel quale confluiscono tutte le risorse attualmente distribuite fra UVA e COADD.

E' prevista la costituzione dei un CDC ogni 100.000 abitanti, a cui corrispondono 1000.1.100 persone malate.

Aqd ogni CDC corrisponde un referente con compiti organizzativi e di comunicazione ordinaria con il malato e la famiglia.

Ai CDC sono attribuiti i seguenti compiti:

- approfondimento e rivalutazione diagnostici e funzionali del malato e della capacità di assistenza dei familiari;
- trattamento farmacologico e non;
- supporto familiare;
- la consulenza per altri servizi interessati;
- pianificazione e conduzione di un eventuale ricovero in ospedale.

Le competenze del CDC

- geriatria;
- neurologica;
- psicologica;
- riabilitava e di terapia occupazionale;
- infermieristica.

NB: a dette competenze devono corrispondere effettive disponibilità in termini di persone e di tempo.

Il ruolo del volontariato

Le attività del CDC possono essere svolte con il contributo o la sussidiarietà delle organizzazioni di volontariato.

Il rapporto fra i sistemi di cura

Il percorso di cura è riferito a:

- famiglia-MMG;
- CDC;
- UVDM.

Il versante sociale

Lungo tutto il percorso di cura le necessità sociali sono assunte dal Servizio Sociale Professionale, gestito in forma diretta dal Comune, che si integra con il Servizio Sociale presente a livello distrettuale o ospedaliero.

La referenza clinica

Consente al malato ed alla famiglia di avere un luogo solo di relazione, dove sono scambiate informazioni relative a:

- stato della malattia e verità sulla prognosi;
- consistenza e distribuzione dei servizi;
- aspetti di addestramento dei familiari per la cura continua del malato;
- tutela giuridica del malato;
- pianificazione assistenziale.

Aspetti attuativi

Ogni AULSS deve:

- dotarsi di uno specifico piano demenza;
- dare sufficiente pubblicizzazione con una apposita carta dei servizi;
- nominare un referente aziendale.

ASSISTENZA PENITENZIARIA

MARCHE

DGR 26.11.07, n. 1390 - Attuazione DGR 1136/07 - Ripartizione delle risorse integrative per la realizzazione di interventi in materia penitenziaria e post-penitenziaria.

Note

*Le risorse integrative destinate all'assistenza penitenziaria e post-penitenziaria, complessivamente pari ad E 154.417,97 sono ripartite come segue:

- l'80% secondo i criteri stabiliti con DGR 1212/07;
- il 20% è destinato, quale contributo, al sostegno delle attività di accoglienza residenziale educativa di detenuti ammessi a misure alternative ed ex-detenuti, presso una struttura di rilievo regionale con comprovata esperienza nel settore specifico.

Il contributo regionale non potrà comunque superare l'80% del costo annuo complessivo della struttura.

DIPENDENZE PATOLOGICHE

MARCHE

DGR 26.11.07, n. 1389 Attuazione dell'accordo di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 14 dicembre 2006 rep. n. 2715 dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Adozione dello schema di protocollo d'intesa tra Regioni Marche e Ministero della Solidarietà Sociale per la realizzazione di due progetti in materia di dipendenze patologiche.

Note

- Viene adottato lo schema di protocollo d'intesa con il Ministero della Solidarietà Sociale, di cui in Allegato 1, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, finalizzato alla realizzazione, da parte dell'ASUR, dei due seguenti progetti:
 1. "Migranti e in-dipendenti - progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti";
 2. "Giovani e nuove sostanze - Interventi di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe";

UMBRIA

DGR 8.10.07, n. 1613 – Acquisizione del documento i diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze elaborato dal laboratorio permanente pubblico-privato sociale per la tutela del diritto alla salute nell'area edell'uso ed abuso dipendenze da comportamenti e sostanze legali ed illegali (BUR n. 51 del 28.11.07)

VENETO

DGR 13.11.07, n. 3618 Approvazione del passaggio alle nuove tipologie di offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti ed alcolodipendenti. Assegnazione dei posti di residenzialità e semiresidenzialità e applicazione relative rette giornaliere.(BUR n. 106 dell'11.12.07)

BOLZANO

DPGP 1.10.07,n. 53 – Disposizioni in materia di alcol (BUR n. 48 del 27.11.07)

Note

Viene disposto il divieto di somministrazione e la vendita di bevande alcoliche ai minori di 16 anni e a coloro che si trovino in stato di ubriachezza.

FAMIGLIA

PIEMONTE

DGR 29.10.07, n. 52-7280 – Interventi a favore delle famiglie. Definizione criteri per l'assegnazione risorse a Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali per le attività dei Centri per le Famiglie ed il sostegno a famiglie con situazioni problematiche. Sostegno al progetto Gemelli (BUR n. 47 del 22.11.07)

Note

PREMESSA

* La L.328 dell'8 novembre 2000 prevede, all'art.16, comma 1, che, attraverso il sistema integrato dei servizi sociali, sia riconosciuto e sostenuto "il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale"; siano sostenuti e valorizzati "i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana", nonché "la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie", valorizzando "il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi";

* La Regione, a norma della L.R.1 dell'8 gennaio 2004, art. 41, commi 1 e 2, "riconosce e sostiene la famiglia quale soggetto fondamentale per la formazione e la cura delle persone e quale ambito di riferimento unitario per ogni intervento riguardante la salute, l'educazione, lo sviluppo culturale e la sicurezza sociale di ciascuno dei suoi componenti,...";

* La Regione ha realizzato una serie di iniziative ascrivibili alle finalità sopra richiamate, tra le quali:

1. Istituzione dei Centri per le Famiglie
2. Assegnazione risorse per interventi a sostegno delle famiglie in situazioni problematiche
3. Assegnazione risorse per il sostegno del Progetto Gemelli

LA DISPOSIZIONE FINANZIARIA

Viene approvata l'assegnazione di contributi finalizzati alla prosecuzione/sviluppo degli interventi ascrivibili ai:

Centri per le Famiglie

Attivazione di interventi di sostegno per le famiglie con uno o più figli neonati, che si trovino in situazioni problematiche;

Al Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino il contributo di Euro 50.000,00 finalizzato alla prosecuzione del Progetto Gemelli.

DGR 29.10.07, n. 75-7302 - Individuazione delle attività in materia socio-assistenziale. Quantificazione delle risorse destinate alla Direzione Politiche Sociali e per la Famiglia. Accantonamento di complessivi euro 1.071.711,80 (Capitoli vari bilancio 2007). (BUR n. 47 del 22.11.07)

Note

- L'art. 4, comma 1 lett. m, della L.R. 1/2004 prevede che la Regione realizzi iniziative di proprio interesse, promuova e concorra alla realizzazione di iniziative anche sperimentali e innovative promosse dagli enti territoriali e da altri soggetti, nonché realizzi e coordini iniziative a livello europeo e internazionale.
- Il successivo art. 58 stabilisce che la Giunta regionale nell'ambito dello svolgimento di tale funzione e nell'ambito della programmazione socio-sanitaria individui le specifiche attività finalizzate all'attuazione delle politiche settoriali di cui alla parte II, titoli I, II, III, IV e V della legge stessa.
- Per attuare le suddette iniziative la Regione può quindi operare direttamente, assumendosi in proprio i relativi oneri di progettazione e di realizzazione, oppure può assegnare contributi a soggetti pubblici e privati che realizzino specifiche attività che la Regione stessa valuti utili e per il raggiungimento degli obiettivi posti dalla legislazione in materia.

Iniziative da attuare:

* IAL Piemonte - ente di formazione – attività di integrazione dei migranti;

* sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori, nell'ambito degli adempimenti previsti dalla legge n. 184/1983 così come modificata dalla L. n. 149/2001.

TOSCANA

DGR 26.11.07, n.874 – Trasmissione al Ministero delle Politiche per la famiglia delle bozze di schede progettuali sugli interventi a favore delle famiglie, ai fini della sottoscrizione dell'accordo previsto dal decreto 2.7.07. (BUR n. 50 del 12.12.07)

GIOVANI

ABRUZZO

DGR 23.10.07, n. 1014 - Quadro Strategico per la definizione dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili denominato: 'protagonismo giovanile e partecipazione attiva'.(BUR n. 65 del 21.11.07)

Note

- L'art. 19, comma 2 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito con modificazioni dalla L. 4 agosto 2006, n. 248, ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo per le Politiche Giovanili, al fine di promuovere il diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale;
- L'art. 1, comma 1290 della L. 27 dicembre 2006, n. 296, ha provveduto ad integrare la dotazione del Fondo, portandola a 130 milioni di euro annui per il triennio 2007, 2008 e 2009;
- Il Piano Nazionale Giovani del 27.2.2007 è ispirato al costante riconoscimento della capacità dei giovani di imprimere nel Paese una importante azione rinnovatrice;
- La delibera CIPE n. 14/2006 stabilisce le modalità da adottare da parte della Amministrazioni locali per finalizzare le risorse da programmare attraverso la stipula di Accordi di Programma Quadro;
- La Conferenza Unificata n. 46/CU del 14 giugno 2007, ha emanato disposizioni sulla ripartizione del Fondo per le Politiche Giovanili;

- La suddetta Conferenza Unificata stabilisce, all'art. 3, che le Regioni e le Province Autonome debbano procedere alla definizione del Quadro Strategico dell'Accordo di Programma Quadro, che rappresenta l'atto propedeutico alla stipula dell'APQ, entro il 30 ottobre 2007;
- Il Quadro Strategico deve contenere gli obiettivi generali e specifici dell'accordo, le linee di intervento prioritarie, il cofinanziamento, gli interventi individuati e la data per la stipula dell'Accordo;
- La quota parte del Fondo destinato alle Regioni e alle Province Autonome è stabilita in € 60.000.000,00 e il criterio da adottare per il riparto tra gli Enti suddetti è analogo a quello adottato per il riparto del Fondo per le Politiche Sociali.

IL PIANO REGIONALE

Viene approvata l'allegata proposta di Quadro Strategico dell'Accordo di Programma Quadro "Protagonismo giovanile e partecipazione attiva" (a cui si rinvia)

MARCHE

DGR 19/11/07, n. 1286 Attuazione DGR n. 747/04 - Linee-guida per la continuità e lo sviluppo di interventi socio-sanitari di prevenzione rivolti a giovani e adolescenti, e ripartizione delle relative risorse finanziarie - Euro 800.000,00.(BUR n. 105)

PIEMONTE

DGR 29.10.07, n. 71-7298 – Intesa Fondo Nazionale per le politiche giovanili – Conferenza Unificata del 14 giugno 2007 – Approvazione definitiva del quadro strategico dell'Accordo di Programma Quadro "Passione da vendere – Un patto per la gioventù in materia di politiche giovanili (BUR n. 47 del 22.11.07)

Note

E' approvato in via definitiva il Quadro strategico dell' Accordo di programma quadro in materia di politiche giovanili "Passione da vendere. Un patto per la gioventù" allegato n. 1 alla presente deliberazione

TOSCANA

DGR 5.12.07, n. 783 - PISR 2002-2004 PIR "Una Toscana per i giovani" - Approvazione Protocollo d'Intesa fra Regione Toscana e Associazioni.(BUR n. 47 del 21.11.07)

DGR 12.12.07, n. 803 - Approvazione Linee di indirizzo per la progettazione degli interventi "Sviluppo delle Politiche giovanili della Regione Toscana".(BUR n. 48 del 28.11.07)

VENETO

DGR 23.10.07. n. 3372 - Approvazione del Quadro strategico dell'Accordo di Programma Quadro in materia di Politiche Giovanili "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto.(BUR n. 106 dell' 11.12.07)

Note

PREMESSA

- Le Politiche Giovanili intese come politiche di sviluppo sociale e culturale e di promozione della persona hanno rappresentato, fin dagli inizi, una delle priorità dell'Agenda politica della Regione Veneto.
- In un quadro di assenza normativa a livello statale, il Veneto già dall'inizio degli anni ottanta si è dotato di strumenti legislativi (L.R. n. 54/83 e L.R. N. 29/88) per promuovere una cultura di attenzione alle giovani generazioni che fosse da stimolo per gli enti locali e le

realità associative del territorio e guardasse con attenzione allo spirito d'apertura all'Europa che andava sviluppandosi.

- La realizzazione di numerose iniziative di scambio e confronto con altre nazioni, anche a livello mondiale, l'apertura verso i paesi dell'Est europeo, i paesi del Bacino Mediterraneo, e le realtà degli altri continenti, hanno arricchito di idee e fermenti nuovi le politiche giovanili venete, sia in relazione alla crescita formativa degli operatori, che in rapporto alle occasioni di incontro interculturale offerte ai giovani.
- Parallelamente, il Veneto, in qualità di regione capofila del coordinamento interregionale in materia, si faceva promotore di un percorso di sensibilizzazione per la promozione di una legge nazionale che colmasse il vuoto legislativo che penalizzava la nostra nazione, anche in relazione alla situazione degli altri paesi europei, molti dei quali dotati di uno specifico Ministero per la Gioventù.
- Nel maggio 2006 è stato istituito il Ministero per le Politiche Giovanili (Pogas), con compiti, nello specifico, di coordinamento di azioni di Governo volte ad assicurare l'attuazione delle politiche in favore dei giovani in ambito economico, fiscale, del lavoro, dell'istruzione e della cultura, e in materia di scambi internazionali giovanili, anche attraverso il coordinamento dei programmi finanziati dall'Unione Europea.
- La Legge 4 agosto 2006, n. 48, ha, quindi, istituito un Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili con una dotazione successivamente implementata dalla Legge n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) che lo ha portato a 130 milioni di euro per l'anno 2007.
- Sulla base delle risorse finanziarie messe a disposizione è stato stilato un Piano Nazionale Giovani che, nel riaffermare la centralità dei giovani nelle politiche di crescita e sviluppo economico del Paese, in un approccio di tipo "multidisciplinare", evidenzia l'importanza del ruolo delle Regioni e degli enti locali, in una cooperazione istituzionale funzionale al raggiungimento degli obiettivi previsti, con l'intento di valorizzare le esperienze esistenti ed imprimere alle politiche giovanili una organicità complessiva.
- Lo strumento scelto per raccordare le politiche giovanili nazionali e locali è l'Accordo di programma Quadro, strumento afferente la programmazione negoziata, regolato dalla Legge n.662/96 art.203. Tale Accordo stabilisce il complesso sistema delle azioni e dei processi atti a definire un programma esecutivo di interventi di interesse comune o funzionalmente collegati, normando gli interventi, i tempi, le modalità, i soggetti responsabili, i procedimenti e le risorse.
- Acquisita in data 14 giugno l'intesa della Conferenza Unificata di cui al decreto legislativo n.281/97, con D.M. 21.6.2007 è stato fissato il regolamento del Fondo per le Politiche Giovanili, che stabilisce, in particolare, all'art. 3 la quota di finanziamento destinata alle regioni e le modalità di individuazione, attuazione e monitoraggio delle iniziative regionali da realizzarsi con il cofinanziamento del Fondo citato. Entro il 30 ottobre le Regioni devono, pertanto, definire il Quadro Strategico dell'Accordo di Programma Quadro, secondo le modalità introdotte dalla delibera CIPE 14/2006. Tale atto deve definire gli obiettivi dell'azione congiunta Stato/Regione, la strategia settoriale, la coerenza con le programmazioni di riferimento, criteri e priorità per la selezione degli interventi da inserire nell'APQ, il quadro finanziario e la data prevista per la stipula dell'APQ.
- In applicazione dei criteri di riparto della quota del Fondo per le Politiche Giovanili destinato alle regioni, stabiliti all'art. 2 comma 2, dell'Intesa della Conferenza Unificata di cui sopra, al Veneto risulta essere destinata per l'anno 2007 la somma di Euro 4.368.000,00.

IL PIANO STRATEGICO

E' stato, quindi, predisposto il Quadro Strategico dell'Accordo di Programma Quadro "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto" che, partendo dall'esperienza "storica" della Regione Veneto, definisce sulla base delle ricerche scientifiche svolte sul territorio,

delle proposte avanzate dagli Enti, anche in relazione ai bandi di cui alla L.R. n. 29/88, e del contatto diretto con il mondo giovanile, le Azioni di Programma volte ad uniformare l'attività regionale in materia di Politiche Giovanili.

Presupposto della programmazione è la messa a sistema del complesso degli interventi che all'interno del settore sociale possono interessare il mondo giovanile, quindi non solo l'ambito delle politiche giovanili tout court, per una loro definizione restrittiva all'interno della sola legge regionale di riferimento, ma il settore degli scambi internazionali, dei rapporti con le reti straniere, gli spazi giovani dei consultori, le progettualità afferenti l'adolescenza, la legge regionale sul servizio civile, il volontariato, campi questi in cui le politiche giovanili, in una accezione moderna e trasversale possono svolgere efficacemente i loro obiettivi.

Nel Quadro strategico vengono individuate 6 aree di azione

Viene quindi approvato il Quadro Strategico dell'Accordo di Programma Quadro "Il futuro della sostenibilità - la sostenibilità del futuro: I giovani del Veneto" (**allegato A**) che, nel definire gli obiettivi prioritari della programmazione in aderenza alle linee espresse in ambito nazionale ed europeo, stabilisce un budget per l'anno corrente e, in linea previsionale, per le due annualità successive, pari a complessivi Euro 10.188.000,00 per ogni annualità, di cui Euro 4.368.000,00 a valere sul Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili, Euro 5.020.000,00 a valere sui seguenti capitoli di spesa del Bilancio di previsione della Regione Veneto per l'esercizio finanziario 2007e pluriennale 2007/2009, destinati alle politiche a favore dei giovani e degli adolescenti:

IMMIGRATI

TOSCANA

DGR 20.11.07, n. 831 - Approvazione schema di accordo con il Ministero della Solidarietà sociale per il finanziamento di un programma di interventi finalizzati alla diffusione della lingua italiana, destinato ai cittadini extracomunitari adulti regolarmente presenti in Italia.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

SICILIA

L.R.5.12.07, n. 26 Provvedimenti in favore delle famiglie delle vittime del mare.(GURS n. 57

Note

L'Assessore per la cooperazione, il commercio, l'artigianato e la pesca è autorizzato ad erogare, in favore dei nuclei familiari di ciascuno dei marittimi deceduti o dispersi in naufragi, avvenuti nell'esercizio dell'attività di pesca, di natanti da pesca iscritti nei compartimenti marittimi della Sicilia, un sussidio straordinario di 37 migliaia di euro.

Il sussidio straordinario di cui al comma 1 è incrementato di 11 migliaia di euro per ciascuno dei figli, non maggiorenni e a carico alla data dell'evento, ivi compresi i figli nati, dei marittimi deceduti o dispersi.

VENETO

DGR 30.4.07, n. 3477 - Contributi ai Comuni per interventi economici straordinari: seconda assegnazione anno 2007. L.R. 8/86, art. 3.

Note

L'art. 3 della legge regionale 11.03.1986 n. 8 prevede la concessione di contributi ai Comuni, per la parte non risolvibile con loro ordinarie provvidenze, per interventi economici straordinari o eccezionali, da destinare a situazioni di bisogno di singoli, di famiglie, di enti e di organizzazioni assistenziali.

Il contributo regionale alle Amministrazioni comunali o alle Unioni tra Comuni ha natura concorrente, per cui la Regione è tenuta a contribuire solo per la parte non risolvibile con le ordinarie provvidenze degli stessi.

Sono assegnati ed erogati agli Enti individuati nell'**Allegato A**, che forma parte integrante della presente deliberazione, i contributi economici straordinari ed eccezionali da assegnare a ciascuno dei beneficiari ivi indicati, per un importo complessivo di €104.490,91=;

ISTRUZIONE

BASILICATA

L.R. 12.11.07, n. 20 – Interventi in favore di soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento (BUR n. 54 del 23.11.07)

Note:

Finalità

La legge detta norme in materia di interventi in favore dei soggetti affetti da:

- dislessia;
- disgrasia;
- disortografia;
- discalculia.

Obiettivo

- Raccordare famiglia, scuola e servizi sanitari al fine di predisporre un sistema di diagnosi precoce e riabilitazione;
- Migliori condizioni di apprendimento scolastico;
- Adeguata attenzione da parte dell'intera comunità regionale.

Campagna di sensibilizzazione

- Particolare attenzione viene rivolta ai genitori, alla scuola, al mondo del lavoro, all'associazionismo.

Formazione degli insegnanti ed operatori sanitari

- E fatto obbligo l'aggiornamento degli operatori scolastici e degli insegnanti sulle problematiche relative.
- Anche per il personale sanitario sono disposte specifiche iniziative.

Contributi agli Enti locali

La Regione destina ogni anno specifici contributi agli Enti locali onde favorire l'acquisto di strumenti informatici dotati di video scrittura con correttore ortografico e sintesi vocale.

Contributi alle famiglie

Ulteriori contributi vengono devoluti alle famiglie con soggetti affetti da DSA per l'acquisto degli stessi strumenti, destinati allo studio quotidiano in casa.

Sistema sanitario regionale

La Regione adotta tutte le misure necessarie per adeguare il proprio sistema sanitario alle problematiche delle difficoltà specifiche dell'apprendimento, dotando i servizi di neuropsichiatria infantile di personale adeguato e qualificato e predisponendo una campagna di screening e monitoraggio su tutto il territorio regionale.

Attività lavorativa e sociale

La Regione si adopera affinché siano assicurate uguali opportunità di sviluppo delle proprie capacità in ambito professionale e sociale.

Concorsi pubblici regionali

A tutti i soggetti affetti da DSA nelle prove scritte di concorsi pubblici indetti dalla Regione deve essere assicurata la possibilità di sostituire a tali prove con colloquio orale o di utilizzare strumenti compensativi per le difficoltà di scrittura e di calcolo, ovvero di usufruire di un prolungamento dei tempi stabiliti per l'espletamento delle medesime prove.

Clausola valutativa

La Giunta presenta entro il 30 aprile di ogni anno apposita relazione al Consiglio regionale.

Finanziamento

Agli oneri finanziari si provvede, nel 2008, con 100 mln di euro.

MINORI

BASIFICATA

DGR 19.11.07, n. 1625 – L.R. 4/07, art 31, comma 9 – Approvazione Linee guida per mla concessione di provvidenze economiche a favore di minori naturali (BUR n. 55 del 1.12.07)

PIEMONTE

DGR 29.10.07, n 74-7301 – Approvazione Protocollo d'Intesa fra la Regione e la Regione Valle d'Aosta in materia di adozione internazionale (BUR n. 47 del 22.11.07)

PARI OPPORTUNITA'

PIEMONTE

DGR Programma di attuazione per lo sviluppo delle pari opportunità (BUR n. 48 del 29.11.07)

Note

In considerazione dell'interesse del documento, che traccia una ampia strategia di interventi, si riporta l'Allegato del provvedimento.

ALLEGATO

Programma di attuazione per lo sviluppo delle pari opportunità art. 56, comma 1, legge regionale 23 aprile 2007, n. 9

Il DPEFR 2007-2009, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale 3 aprile 2007, n. 124-13674, include tra gli orientamenti strategici le pari opportunità, di genere e in senso ampio, che costituiscono dunque priorità e trasversalità fondamentale, che si intende declinare in ogni fase e aspetto della programmazione regionale.

La legge regionale 23 aprile 2007, n. 9 (legge finanziaria per l'anno 2007) all'articolo 56, comma 1, stabilisce che la Giunta regionale, previa informativa alla Commissione consiliare competente, approvi uno specifico Programma di attuazione per lo sviluppo delle pari opportunità.

Con l'inserimento nella legge finanziaria del 2007 di tale articolo, in sintonia con le indicazioni dell'Unione Europea tese ad ampliare il concetto di pari opportunità da un ambito di genere a tutte le categorie di cittadini particolarmente svantaggiate o a rischio di discriminazioni, la Regione Piemonte intende quindi consolidare e rafforzare il proprio impegno a favore del perseguimento sul proprio territorio di un'effettiva realizzazione delle pari opportunità per tutti, indipendentemente dal genere, dall'età, dall'orientamento sessuale, dalla nazionalità, dall'origine etnica, dalle condizioni di disabilità, dalla religione, nell'intento di rimuovere qualunque forma di segregazione e contrastare qualunque forma di discriminazione diretta o indiretta, valorizzando le differenze che devono essere considerate per ciò che effettivamente sono, ossia una risorsa; la Regione Piemonte opera quindi per rendere effettiva, in tutte le forme in cui si estrinseca la sua azione, la parità di opportunità per tutti.

La Regione Piemonte intende pertanto proseguire nel percorso intrapreso fin dai primi anni della sua attività con l'istituzione della Consulta femminile e proseguito con la costituzione degli organismi di parità, in primis la Commissione Regionale per le Pari Opportunità tra uomo e donna, il Comitato Pari Opportunità dell'Ente fino alla più recente Consulta delle Elette.

La Regione è impegnata da tempo nella promozione e sostegno delle pari opportunità sul lavoro, con la diffusione dei principi di pari opportunità attraverso la programmazione del Fondo Sociale Europeo e la gestione del relativo Programma Operativo, il sostegno all'imprenditoria femminile attraverso la gestione regionale della legge 25 febbraio 1992, n. 215 e di specifiche leggi regionali, il sostegno agli Enti locali per l'adozione e l'attuazione dei Piani di Coordinamento degli Orari e per la promozione delle Banche del Tempo, e, come naturale conseguenza di tale impegno, ha recentemente deciso di introdurre il Bilancio di Genere nell'Ente, utilissimo strumento di valutazione e misurazione dell'impatto, su cittadini e cittadine del territorio piemontese, delle politiche assunte e della relativa efficacia in un'ottica di genere.

Proseguendo quindi nell'intento di conseguire risultati sempre più incisivi, la Regione Piemonte, in attuazione del suddetto art. 56 della legge regionale 23 aprile 2007, n. 9, individua nel presente Programma di interventi la strategia per lo sviluppo ed il sostegno delle pari opportunità per tutti, ed intende perseguire gli obiettivi che stanno alla base del presente Programma attraverso l'attività legislativa e programmatica, utilizzando le risorse economiche del bilancio regionale, nonché i fondi specifici nazionali e comunitari, in particolare i fondi strutturali, in coerenza con la legislazione comunitaria e nazionale.

A tal fine l'art. 56, comma 2, della citata legge regionale 23 aprile 2007, n.9 prevede l'utilizzo, a partire dall'anno finanziario 2007, delle risorse iscritte nell'UPB 15991 (Direzione Formazione Professionale Lavoro - Titolo 1: spese correnti) del Bilancio di previsione per l'anno 2007, dedicando in tal modo specifiche risorse finanziarie attinte dal Bilancio regionale, ad integrazione delle risorse a tal fine già destinate, per il conseguimento degli obiettivi di pari opportunità.

Per la realizzazione delle attività previste dal presente Programma la Regione procederà attraverso la realizzazione diretta delle stesse o attraverso la concessione di contributi agli EE.LL., alle Istituzioni, alle Università ed alle Organizzazioni senza scopo di lucro.

INTERVENTI FINALIZZATI AD INTEGRARE LE PARI OPPORTUNITA' NELL'AMBITO EDUCATIVO/FORMATIVO

In data 26.9.2006 è stato siglato un Protocollo d'intesa tra la Regione Piemonte e la sede regionale del Ministero della Pubblica Istruzione finalizzato alla promozione e realizzazione di iniziative per la diffusione della cultura di genere e per l'introduzione delle pari opportunità nella didattica.

Il Protocollo prevede azioni integrate tese a inserire nella scuola i temi di parità, l'attenzione alle differenze di genere e l'educazione alla condivisione dei ruoli.

L'attuazione degli interventi previsti dal Protocollo d'intesa è in corso ed è oggetto di costante valutazione, anche al fine di prevedere eventuali ulteriori interventi per contrastare nuovi preoccupanti fenomeni di discriminazione quali il bullismo.

Per quanto attiene l'alta formazione si prevede di consolidare la collaborazione con le Università piemontesi, già avviata con iniziative specifiche messe in atto nell'ambito del POR FSE 2000/2006.

La Regione intende quindi proseguire la fattiva collaborazione intrapresa anche con l'assegnazione di risorse per l'introduzione di moduli specifici e/o l'istituzione di Master post laurea.

INTERVENTI FINALIZZATI ALL'INTEGRAZIONE SOCIALE E LAVORATIVA ED ALL'INCREMENTO DELLA PRESENZA FEMMINILE NEL LAVORO

Si intende proseguire nella realizzazione di interventi volti ad incrementare la presenza delle donne nel mondo del lavoro, abbattere la segregazione orizzontale e verticale, combattere ogni forma di discriminazione nei luoghi di lavoro basata su sesso, orientamenti sessuali, religione, origine etnica, nazionalità, età, disabilità, convinzioni personali, anche in considerazione degli obiettivi di Lisbona.

Si intende proseguire secondo le linee di intervento già perseguite in ambito POR FSE con la programmazione 2000/2006 con interventi a favore della conciliazione tra tempi personali e lavorativi, con interventi integrati a favore delle assistenti familiari (rinforzo delle competenze, valorizzazione del ruolo), interventi volti al reinserimento socio-lavorativo di soggetti in stato di grave disagio sociale, anche al fine di favorire l'integrazione sociale degli immigrati con interventi che valorizzino le differenze culturali, determinino maggiori possibilità di inserimento lavorativo e creino le condizioni per una maggiore valorizzazione delle donne migranti; si prevede inoltre di rafforzare gli interventi già intrapresi a favore delle vittime di tratta per prostituzione, anche attraverso azioni di cooperazione internazionale.

Sul fronte dell'imprenditoria e dell'autoimpiego, si intende proseguire ed incrementare le azioni volte al sostegno ed al rafforzamento dell'imprenditoria femminile attraverso l'utilizzo dei Fondi Strutturali, dei fondi di provenienza nazionale, dei fondi regionali. Si intende inoltre favorire la nascita di nuove imprese femminili anche attraverso i POR regionali e l'utilizzo dei Fondi Strutturali.

PROMOZIONE E SOSTEGNO DI INIZIATIVE DEGLI ENTI LOCALI PER INTERVENTI FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE PARI OPPORTUNITA' SUL TERRITORIO

Analizzando il territorio e le infrastrutture esistenti in un'ottica orientata al genere ed alle categorie socialmente svantaggiate, possono essere previsti interventi specifici volti a migliorare la qualità della vita e la sicurezza delle persone.

La Regione intende proseguire e rafforzare l'azione di collaborazione e sostegno agli Enti locali, in quanto funzionalmente più vicini a cittadine e cittadini e portatori di una più approfondita e puntuale conoscenza delle problematiche del loro territorio e del loro tessuto sociale; una particolare attenzione dovrà essere dedicata al rafforzamento e consolidamento delle reti di soggetti operanti sul territorio che concorrono, attraverso il loro impegno quotidiano, alla realizzazione concreta delle pari opportunità per tutti .

Tra gli interventi da attuare la Regione Piemonte ritiene particolarmente importante individuare e pianificare azioni di contrasto e prevenzione al grave fenomeno della violenza sessuale e contro la persona perpetrata nei confronti delle donne e dei bambini, ed interventi di accompagnamento e sostegno alle vittime.

Relativamente all'adozione di piani di azioni positive e di Bilanci di Genere da parte di Enti locali, si intende proseguire e potenziare gli interventi già avviati in ambito POR FSE; si prevede inoltre di incrementare, con risorse aggiuntive regionali, il sostegno ai Comuni per l'adozione e l'attuazione dei Piani di Coordinamento degli Orari e per la promozione delle Banche del Tempo, ai sensi della legge regionale 6 aprile 1995, n. 52.

BILANCIO DI GENERE DELLA REGIONE PIEMONTE

Una prima analisi del contesto regionale e del Bilancio regionale consuntivo 2006, affidata all'IRES Piemonte per conoscere il diverso impatto delle decisioni politiche rispetto agli uomini e alle donne, ha permesso di delineare linee di azione e modalità operative per l'adozione del Bilancio di Genere, inteso anche come processo di sensibilizzazione alle tematiche di genere e orientamento delle politiche della Regione Piemonte verso una maggiore coerenza rispetto agli obiettivi di pari opportunità.

Si prosegue pertanto l'azione di consolidamento e continuità nell'adozione del Bilancio di Genere della Regione Piemonte, utile anche al fine di individuare un piano di azioni positive interno all'Ente.

STUDI, RICERCHE, INTERVENTI DI COMUNICAZIONE

Si prevede di realizzare analisi e ricerche specifiche al fine di approfondire la conoscenza su determinati fenomeni o problematiche e di valutare gli interventi attuati; si prevede inoltre di finanziare interventi di comunicazione (pubblicazioni, convegni, seminari, ecc) mirati ad un'efficace diffusione di principi di Pari Opportunità, di valorizzazione delle differenze, di principi di non discriminazione.

In particolare si prevede la realizzazione di un evento di grande visibilità, confronto e dialogo sui temi delle pari opportunità e dei diritti, rappresentato dalla grande Fiera internazionale "Melting box", che potrà assumere una cadenza biennale.

TOSCANA

L.R. 16.11.2007 n. 59 - Norme contro la violenza di genere (BUR n. 39 del 26.11.07)

Principi

La Regione riconosce che ogni tipo di violenza di genere, psicologica, fisica, sessuale ed economica, ivi compresa la minaccia di tali atti, la persecuzione, la coercizione e la privazione privata della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata, costituisce una violazione dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica e costituisce una autentica minaccia per la salute ed un ostacolo al godimento del diritto di cittadinanza sicura, libera e giusta.

Finalità

La Regione:

- promuove attività di prevenzione della violenza di genere;
- garantisce una adeguata accoglienza, protezione, solidarietà e sostegno e soccorso alle vittime di maltrattamenti fisici, psicologici, economici, di persecuzioni, di stupro, di molestie sessuali o, alle vittime di minaccia di tali atti, indipendentemente dal loro stato civile e dalla loro cittadinanza.

Costituzione della rete

Al fine di perseguire le finalità suddette, la Regione sostiene ed incentiva la costituzione di una rete di relazioni fra i comuni, le province, le AO le AUSL, le Società della Salute, l'Ufficio scolastico regionale e gli uffici scolastici provinciali, le forze dell'ordine, gli uffici territoriali del governo-prefetture, la magistratura, i centri antiviolenza.

La rete ha lo scopo di favorire procedure omogenee e attivare l'immediato interventi dei soggetti. Le province promuovono il coordinamento territoriale dei soggetti della rete anche ai fini della definizione dei progetti integrati.

Attività di prevenzione

La Regione:

- sostiene progetti finalizzati a promuovere nelle scuole e nelle famiglie l'educazione al rispetto nella relazione fra i sessi, al rispetto dell'identità sessuale, religiosa e culturale, alla non violenza come metodo di convivenza civile.
- sostiene e promuove progetti antiviolenza secondo le modalità e i criteri definiti nel piano integrato sociale regionale.

I progetti sono proposti da:

- enti locali singoli o associati;
- associazioni iscritte all'albo del volontariato, della promozione sociale, delle cooperative sociali che gestiscono centri antiviolenza.

Sostegno e soccorso alle vittime della violenza

La rete garantisce un collegamento costante fra i soggetti che la costituiscono.

I soggetti della rete formulano progetti personalizzati e offrono alla vittima e ai suoi familiari un percorso di uscita dalla violenza compreso il reinserimento sociale, lavorativo, abitativo.

Centri antiviolenza

Sono gestiti autonomamente dalle associazioni operanti nella Regione e iscritte agli albi del volontariato e della promozione sociale, da onlus e da altre forme organizzative – cooperative sociali.

Il centro dispone di personale adeguatamente formato sui temi della violenza.

I centri forniscono servizi di ascolto e sostegno alle vittime della violenza e, in particolare:

- colloqui preliminari di valutazione;
- colloqui informativi di carattere legale;
- affiancamento, su richiesta delle vittime, nella fruizione di servizi pubblici e privati;
- sostegno al cambiamento ed al rafforzamento dell'autostima;
- percorsi personalizzati per l'uscita dal disagio.

Svolgono le seguenti attività:

- iniziative culturali e sociali di prevenzione, di informazione, sensibilizzazione e di denuncia in merito ai problemi della violenza di genere
- raccolta dei dati relativi all'utenza dei centri antiviolenza.

Centro di coordinamento presso le AO e le AUSL

Le AO e le AUSL per i presidi ospedalieri ed i consultori, assicurano, per quanto di competenza, l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi della violenza di genere su ogni zona.

Il centro:

- garantisce l'immediato intervento di personale sanitario adeguatamente preparato;
- garantisce la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento multidisciplinare sulla vittima
- ha l'obbligo di attivare la rete di protezione della vittima.

Case rifugio e soluzioni abitative temporanee

Le case rifugio, gestite dai centri antiviolenza, sono luoghi protetti, ad indirizzo segreto, dove le vittime della violenza, sole o con figli minori, sono accolte e protette.

La rete assicura inoltre la disponibilità di strutture alloggiative temporanee, individuali e coltivate nelle quali sono ospitate le vittime.

Formazione

La Regione e le province promuovono iniziative e moduli formativi con particolare riguardo alla formazione congiunta fra operatori sanitari, degli enti locali, dei centri antiviolenza, delle forze dell'ordine, della magistratura e degli uffici territoriali del governo-prefetture

Osservatorio regionale sulla violenza di genere

Presso l'osservatorio sociale è istituita una apposita sezione denominata osservatorio regionale sulla violenza di genere.

L'Osservatorio:

- realizza il monitoraggio sulla violenza attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati forniti dai centri antiviolenza, dai servizi territoriali e dai soggetti aderenti alla rete territoriale;
- Analizza i dati al fine di realizzare sinergie fra i soggetti coinvolti.

Clausola valutativa

A partire dal secondo anno di vigenza della presente legge, la Giunta riferisce al Consiglio entro il primo semestre di ciascun anno sull'attuazione della stessa e sui risultati ottenuti.

DGR 20.11.07, n. 821 - Azioni per le pari opportunità e le politiche di genere: individuazione dei criteri e delle modalità per il trasferimento di risorse finanziarie a enti pubblici. anno 2007.(BUR n. 49 del 5.12.07)

Note

Le iniziative

Le iniziative finanziabili sono volte a:

- diffondere la cultura di genere e delle pari opportunità fra uomini e donne a livello locale;
- promuovere la consapevolezza e il superamento degli stereotipi di genere;
- approfondire e migliorare la conoscenza delle situazioni e condizioni di vita degli uomini e donne;

Le azioni possono riguardare vari settori tra i quali l'istruzione l'economia, il lavoro la conciliazione tra famiglia e lavoro;

Le azioni devono essere concertate con i Comuni e possono essere realizzate in collaborazione con altri enti pubblici e/o con soggetti privati quali associazioni, fondazioni, enti di formazione..

Ruolo delle province

Dovranno presentare alla regione, attraverso apposita modulistica, i progetti, dopo averli concertati con i Comuni.

PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

CAMPANIA

D.G.R. 12.10.07, n. 1810 - [legge 29.3.1985, n. 113, artt. 6 ed 8 - spese per la trasformazione tecnica dei centralini telefonici e per la fornitura di strumenti innovativi finalizzate alla possibilità di impiego di non vedenti - anticipazione all'unione italiana ciechi con vincolo di rendicontazione - anno 2007.](#)(BUR n. 58 del 5.11.07)

LAZIO

DGR 5.10.07, n. 745 – legge 248/97. Progetto “Sperimentazione di un modello organizzativo per la valutazione multidisciplinare dell’ipovedente adulto. Spesa complessiva di euro 152.000,00, capitolo 13103, es.fin. 2007 00 (BUR n. 33 del 30.11.07)

MARCHE

DGR 19.11.07, n. 1331 -D.M. 332/99 - Autorizzazione all'ASUR alla fornitura in favore dei disabili sordi di personal computer.(BUR n. 105 del 30.11.07)

Note

L'ASUR è autorizzata ad assumere, in favore dei disabili sordi, riconosciuti ai sensi della legge 381/70 e successive integrazioni e modificazioni, l'onere della fornitura di personal computer in alternativa al comunicatore telefonico (codice ISO 21.36.09.003) di cui al D.M. 332/99.

POLITICHE SOCIALI

TOSCANA

L.R 12.11.07, n. 57 Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).(BUR n. 38 del 21.11.07)

PRIVATO SOCIALE

LIGURIA

- **Registro regionale delle Organizzazioni di volontariato aggiornato al 31.1.07 (BUR n. 48 del 28.11.07)**
- **Albo regionale delle cooperative sociali (BUR n. 48 del 28.11.07)**

PIEMONTE

DGR 12.11.07, n. 23-7393 – Accordo regionale per la regolamentazione dei rapporti tra le ASL e le Associazioni di volontariato aderenti all’Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze, Sezione regionale Piemonte, per lo svolgimento delle attività di trasporto sanitario di emergenza ed altri trasporti (BUR n. 47 del 22.11.07)

VENETO

DGR 30.10.07, n. 3478 - Interventi a favore di organismi che promuovono l'attività non lucrativa di utilità sociale, di solidarietà e di volontariato. Anno 2007. L.R. n. 11 del 13.04.2001 art. 133. 2^ assegnazione (BUR n. 104 del 4.12.07).

Note

PREMESSA

- art. 133 della L.R. 11 del 13 aprile 2001 ha istituito il "Fondo regionale per le politiche sociali" per il conseguimento degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali, in cui confluiscono risorse statali e risorse regionali.

- Con L.R. n. 3 del 19.02.2007, una quota di tale Fondo è stata riservata alle iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali, tra le quali iniziative si annoverano gli interventi economici a favore di organismi che promuovono l'attività non lucrativa di utilità sociale, di solidarietà e di volontariato.
- Il Veneto presenta una diffusa partecipazione di organismi di solidarietà, sotto varie forme organizzative: organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato ed altre organizzazioni ed enti che pur non rientrando nelle categorie citate, operano comunque a sostegno dell'attività di solidarietà.
- In ottemperanza all'art. 12 della L. 241/90 la Giunta regionale, con vari provvedimenti ha approvato i criteri e le modalità per l'erogazione dei benefici economici individuati dalla legge di bilancio.
- Sono state presentate alla Regione Veneto varie iniziative che rispondono alle finalità previste dai provvedimenti sopra citati e che tali iniziative si strutturano in più ambiti di intervento dei servizi sociali a valere su capitoli di bilancio diversi.

LA DISPOSIZIONE

1. Vengono approvate le iniziative di cui all'**Allegato A** al presente provvedimento assegnando a favore di ciascuno dei soggetti individuati il contributo a fianco indicato.
2. L'erogazione dei contributi avverrà secondo le seguenti modalità:
 - il 50% in acconto, a seguito della dichiarazione di avvio dell'iniziativa;
 - il saldo a seguito della presentazione di rendicontazione totale, che dovrà avvenire entro il 31.03.2009.

PROGRAMMAZIONE SOCIALE

TOSCANA

DCR n. 113 del 31.10.07 - Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010 (BUR n. 131 del 28.11.07)

Note

PREMESSA

La Toscana fin dal 1984, con la L.R. 70, ha avviato e proseguito nel corso di circa venticinque anni un poderoso e complesso processo di programmazione socio-sanitaria, con l'obiettivo di pervenire alla unificazione del piano sanitario regionale con il piano integrato sociale regionale.

Nel contesto di tale attività programmatica, la Toscana ha altresì individuato nei vari Piani regionali di sviluppo che si sono susseguiti nel corso degli anni, specifiche politiche sanitarie e sociali in un quadro di coerenza normativa ed operativa che nel loro insieme fanno della Regione un riferimento concettuale e propositivo di estremo valore.

Pertanto il presente Piano integrato sociale di innesta in tale quadro di riferimento, e in relazione alla notevole complessità del documento di programmazione, se ne fornisce di seguito ampio commento ed illustrazione.

L'ARTICOLAZIONE DEL PIANO

LA RELAZIONE SOCIALE E IL SUO AGGIORNAMENTO

La Giunta presenta ogni tre anni al consiglio la relazione sociale, al fine di valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi predefiniti, conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali, e lo stato dei servizi, e disporre elementi utili per la programmazione.

La nuova relazione sarà presentata nell'anno in corso.

Un primo quadro conoscitivo è contenuto nell'all. 1 (a cui si rinvia).

La valutazione del PISR 2002-2004

Obiettivo prioritario

Qualificare e sviluppare il sistema di welfare toscano, in rapporto a:

- efficacia degli interventi sui bisogni dei cittadini;
- qualificazione del sistema di offerta;
- equilibrio territoriale.

Analisi delle risorse

- 56% a livello delle singole realtà;
- 42% a livello di gestioni associate;
- 2% non determinato.
- 87% delle risorse progettuali sono state destinate a programmi operativi direttamente gestiti dagli Enti ;
- 8% con progetti di intervento elaborati da soggetti esterni.

Il sistema delle sussidiarietà

Articolazione della sussidiarietà

La Regione assume la responsabilità di dare corso ad opzioni strategiche funzionali per la realizzazione del programma di governo;

A livello di autonomie territoriali la Regione condivide progetti e linee di azione scaturiti dal territorio in quanto coerenti con le strategie regionali.

Il ruolo e la responsabilità degli enti locali nel processo di programmazione e nella gestione del sistema integrato

La Toscana:

- ha posizioni di eccellenza per qualità dei servizi sociali;
- accoglie la sfida di sviluppare un modello di welfare di carattere universalistico;
- intende sviluppare programmi legati ai bisogni dei cittadini sulla base dei principi di equità e giustizia sociale.

Viene quindi promossa la più ampia partecipazione degli utenti, dei consumatori e del terzo settore.

La programmazione si configura come il risultato di un processo pienamente partecipato sia nella dimensione locale che nel piano locale.

La partecipazione dei soggetti del terzo settore

L'obiettivo è di sviluppare il sistema della sussidiarietà sostenuto da adeguati strumenti per la partecipazione del terzo settore alle funzioni sociali pubbliche.

A tale riguardo si prevedono le seguenti azioni:

- elaborazione di norme, linee guida modelli di riferimento perché i soggetti del privato sociale possano concretamente contribuire alla costruzione ed organizzazione del sistema dei servizi;
- interventi di modifica della vigente normativa regionale;
- azioni per potenziare il "pensiero strategico" del e sul terzo settore, con attività di studio e di conoscenza;
- azioni di prospettiva europea, per conoscere le opportunità che offre l'Europa.

GLI OBIETTIVI DI BENESSERE SOCIALE

Obiettivi strategici e priorità alla luce del Piano Regionale di Sviluppo

- elaborazione di risposte adeguate al problema degli anziani non autosufficienti;
- promozione di una società regionale plurale e coesa;
- promozione e difesa del diritto di cittadinanza;
- definizione dei livelli regionali di assistenza;
- costruzione di una comunità solidale;
- valorizzare modelli di partecipazione diffusa;
- introduzione di percorsi innovativi e di qualità.

I diritti di cittadinanza: il carattere di universalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali e la sua sostenibilità

La Regione promuove l'attuazione dei diritti di cittadinanza attraverso:

- gli obiettivi di benessere sociale da perseguire e i fattori di rischio da contrastare;
- gli indirizzi generali da utilizzare per consentire l'accesso alle prestazioni sociali e indirizzi comuni per il concorso degli utenti al costo dei servizi;
- gli indicatori di verifica di efficacia ed efficienza degli interventi.

I livelli di base di cittadinanza sociale

Si intende sostenere un processo di crescita della spesa e della capacità del sistema di offerta locale di livelli base che garantiscano in tutti gli ambiti zionali le seguenti funzioni:

- segretariato sociale;
- punto unico di accesso;
- servizio sociale professionale;
- pronto intervento sociale.

Il bilancio sociale

Costituisce:

- uno strumento di controllo organizzativo e gestionale;
- un'opportunità di verifica istituzionale;
- uno strumento per una strategia di comunicazione diffusa e trasparente;
- una base per l'elaborazione di obiettivi strategici.

Con il bilancio sociale è possibile esprimere e mettere in evidenza:

- la propria identità, la propria missione, il codice deontologico e i valori di riferimento;
- gli obiettivi perseguiti in rapporto ai risultati ottenuti;
- la produzione e la distribuzione del valore aggiunto sociale;
- il rispetto degli impegni assunti;
- gli effetti prodotti sui singoli stakeholders.

Progetti integrati regionali contenuti nel PIRS

Nel PRS sono indicati specifici obiettivi e programmi per un welfare solidale, efficiente e produttivo.

Le strategie previste sono:

Coesione e integrazione socio-sanitaria nella Società della salute

La sperimentazione ha consentito di misurare:

- la capacità delle istituzioni locali di attuare le politiche integrate;
- l'interazione fra i diversi soggetti istituzionali;
- la realizzazione di politiche pubbliche che prendano in esame la natura evolutiva del sistema;
- lo sviluppo di interventi multidisciplinari.

L'obiettivo finale è di prefigurare il prototipo del nuovo modello di società della salute, con la più ampia concertazione interistituzionale e promuovere la più ampia partecipazione e informazione delle comunità locali ai processi decisionali.

Il carattere universalistico della assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili

(progetto per un Fondo)

E' necessario sviluppare un Progetto Integrato Regionale per l'Assistenza e integrazione per la non autosufficienza, fondato su prestazioni assistenziali di base.

La costituzione del Fondo dovrà assicurare la copertura del fabbisogno assistenziale e la relativa copertura potrà avvenire anche prevedendo forme di utilizzo indiretto di risorse che attualmente sono relative agli emolumenti economici di cui all'art. 24 legge 328/00.

Nel 2008 le prime azioni saranno:

- messa a regime degli esiti delle sperimentazioni già attivate;
- estensione del modello a tutto il territorio regionale;
- implementazione del modello assistenziale a un numero significativo di soggetti.

Le azioni di sistema necessarie sono:

- diffusione dei punti unici di accesso;
- riqualificazione delle UVM;
- prevenzione della non autosufficienza;
- continuità di assistenza fra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili (territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare);
- gestione unitaria ed integrata delle risorse.

Una società plurale e coesa per l'inclusione delle persone immigrate, le nuove povertà e i diritti di cittadinanza

Verrà elaborata una specifica proposta di legge per favorire lo sviluppo di un approccio trasversale alle politiche di settore.

Obiettivi specifici

In relazione agli scenari dei prossimi decenni, le priorità individuate sono:

- lo sviluppo di servizi e il sostegno ai programmi di vita delle famiglie, dei giovani e delle nuove coppie;
- assistenza ai non autosufficienti;
- integrazione degli immigrati.

Si riportano per ragioni di spazio solo i titoli degli obiettivi specifici, che già di per sé stessi costituiscono un valido riferimento degli impegni definiti.

L'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale;

Obiettivi per la difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione:

- **Carta di cittadinanza sociale;**
- **Diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale;**
- **Difesa civica;**
- **Amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela;**
- **Cittadinanza allargata ed accessibilità;**
- **Lotta alle discriminazioni e pari opportunità**

L'accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private

Con l'approvazione di uno specifico provvedimento legislativo saranno individuati i requisiti tecnico-organizzativi, funzionali e qualitativi dei servizi.

Le regole per l'affidamento dei servizi

La Regione ricerca soluzioni per supportare gli Enti nell'affidamento di servizi a terzi dei servizi alla persona.

In questo quadro rientra anche la definizione dei criteri per le tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati.

Sperimentazione per le innovazioni dei servizi

La Regione a seguito di specifiche procedure, attiverà le sperimentazioni di strutture residenziali e semiresidenziali, di servizi alla persona, di modalità organizzative innovative del sistema.

GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Obiettivo è quello di assicurare:

- la coerenza delle azioni di Governo;
- la certezza dei rapporti pubblici e privati.

NB: Seguono indicazioni più specifiche sulle modalità di elaborazione della programmazione sociale, a cui si rinvia.

Il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale

Le criticità

- un insufficiente finanziamento del sistema;
- la mancanza di certezza di continuità nel finanziamento;
- il frazionamento dei soggetti finanziatori
- la perdurante tendenza al finanziamento finalizzato a settori o a singole progettualità.

Le prospettive

Il fondo è alimentato da:

- la Regione;
- lo Stato;
- I comuni.

Le risorse per la non autosufficienza sono:

1 Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2006-2010)

	2008	2009	2010
<u>Risorse regionali</u>	25.000.000	25.000.000	25.000.000
<u>Risorse nazionali</u>	30.000.000	30.000.000	30.000.000
<u>Ulteriori risorse nazionali e/o regionali</u>		45.000.000	95.000.000
<u>Totale</u>	55.000.000	100.000.000	150.000.000

2 Fondo sanitario – Livelli essenziali per la non autosufficienza (LEA)

	2008	2009	2010
<u>Assistenza e integrazione per la non autosufficienza</u>	180.000.000	230.000.000	280.000.000

<u>Totale complessivo 1+2</u>	235.000.000	330.000.000	430.000.000
--------------------------------------	-------------	-------------	-------------

Negli interventi territoriali che realizzano il Progetto di “Assistenza e integrazione per la non autosufficienza” va considerato lo scenario di risorse pubbliche che non transitano dal bilancio regionale (Comuni, indennità di accompagnamento, compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa) sulla base di stime

	2007	2008	2009	2010
<u>Enti locali</u>	120.000.000	120.000.000	120.000.000	120.000.000
<u>Emolumenti assistenziali e compartecipazioni</u>	560.000.000	560.000.000	560.000.000	560.000.000
<u>Totale anno</u>	680.000.000	680.000.000	680.000.000	680.000.000

<u>Totale complessivo</u>	2.720.000.000
----------------------------------	---------------

RIEPILOGO DELLE SOMME CHE TRANSITANO DAL BILANCIO REGIONALE

<u>TIPOLOGIA RISORSE</u>	2007	Di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010
<u>Libere regionali</u>	23.030.000,00	438.000,00	22.7870.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00
<u>Fondo sanitario</u>	8.309.850,00	4.407.850,00	8.147.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00
<u>Fondo statale (stime)</u>	74.225.000,00		82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00
<u>Risorse per la non autosufficienza</u>			55.000.000,00	100.000.000,00	150.000.000,00
<u>Fondo sanitario livelli essenziali per la non autosufficienza</u>			180.000.000	230.000.000	280.000.000
<u>Libere regionali per investimenti</u>	4.887.872,72		4.887.872,72	4.887.872,72	4.7001.000,00
Totale	110.452.722,22	4.845.850,00	352.715.722,72	447.365.722,72	548.750.000,00

NB: Seguono indicazioni specifiche (a cui si rinvia) su:

Il patto interistituzionale e pluriennale per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale;

I criteri di riparto dei trasferimenti agli enti locali;

I criteri di riparto alle zone-distretto;

Le quote finalizzate.

La compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni: criteri di applicazione della disciplina ISEE con particolare riferimento alle situazioni di disabilità e di non autosufficienza

Nel 2003 il 70% dei Comuni aveva introdotto lo strumento.

Tra i servizi prevalgono:

- servizi scolastici;

- servizi domiciliari per anziani;
Tra i servizi con minore richiesta:

servizi per disabili;

servizi residenziali.

La Regione è impegnata a:

- promuovere presso la Conferenza Stato-Regioni la formulazione di una disciplina nazionale in merito;
- promuovere uno studio e monitoraggio su quanto incide la spesa della compartecipazione alle prestazioni da parte delle famiglie.

I criteri su cui orientare la compartecipazione alla spesa trovano riferimento nel:

- distinguere gli utenti fra soggetti privi di struttura familiare di riferimento e soggetti con famiglia;
- considerare la partecipazione in rapporto alle forme assistenziali individuate come appropriate, sostenendo quelle che prevedono la domiciliarità;
- considerare l'inserimento residenziale come risposta non solo al bisogno dell'utente, ma dell'intero nucleo familiare di riferimento.

NB: Seguono indicazioni più specifiche (a cui si rinvia) su:

I progetti di Toscana Sociale;

l'Osservatorio sociale regionale.

LA PROGRAMMAZIONE ZONALE

La programmazione locale è determinata tramite i Piani zonali di assistenza sociale e/o i Piani Integrati di Salute (PIS)

Nel periodo di validità del presente PISR il PdZ sarà sostituito dal PIS, coerentemente con la diffusione con la diffusione di nuove modalità di organizzazione delle funzioni di programmazione, governo e gestione delle attività in forma integrata tra Enti locali e Aziende sanitarie.

I contenuti del PdZ si intendono confluiti nel PIS.

Il PdZ indica:

- le decisioni assunte in merito alle modalità di gestione forma associata del sistema di prestazioni e servizi individuati o di parti di esso;

- l'assetto organizzativo riferito alla erogazione dei livelli di base di cittadinanza sociale.

Nel PdZ sono indicati, per l'intero ambito territoriale:

- gli obiettivi strategici e le priorità di intervento generali nei diversi settori;
- i livelli di assistenza da assicurare;
- i livelli di base di cittadinanza sociale;
- l'individuazione degli enti pubblici titolari dei servizi e degli interventi;
- le modalità di organizzazione dei servizi;
- l'entità delle risorse regionali destinate a progetti innovativi;
- l'entità delle risorse destinate a progetti specifici;
- le iniziative di formazione e di aggiornamento del personale
- le iniziative di comunicazione sociale.

NB:

Ogni PdZ:

- articola ogni obiettivo strategico in specifici obiettivi di intervento;
- definisce i risultati attesi;
- individua gli strumenti per la verifica.

Gli strumenti sono:

- i Patti territoriali promossi dagli Enti locali concordati con tutti i soggetti interessati;
- l'Accordo di programma per l'approvazione del PdZ o PIS.

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano è il territorio a livello della zona-distretto.

Le Conferenze dei sindaci esprimono l'indirizzo politico per la predisposizione e proposta dei PdZ, e quindi approva, previa istruttoria, il PdZ.

Ogni articolazione zonale si dota di una struttura tecnica – Segreteria tecnica o Ufficio di piano.

La composizione, l'assetto organizzativo i criteri per l'attribuzione delle responsabilità e le modalità di spesa sono definite con accordi specifici.

L'organo di supporto tecnico svolge le seguenti funzioni:

- predisporre il PdZ o PIS, specificando gli adempimenti operativi connessi alla sua attuazione, il piano di gestione, il budget di piano;
- sviluppa e applica gli strumenti propositivi, progettuali valutativi e di monitoraggio;
- coordina l'attività degli enti locali.

La relazione consuntiva di zona-distretto

I temi da trattare sono:

- il livello di attuazione del PdZ;
- gli assetti organizzativi e i percorsi procedurali attuati;
- le modalità di attuazione dell'integrazione fra politiche socio-assistenziali e altri settori di intervento;
- le voci di spesa.

Il ruolo delle Province

- contribuiscono alla realizzazione del sistema informativo sociale regionale;
- attivano insieme alla regione un percorso di collaborazione strategica finalizzato a costruire un piano metodologico condiviso per il supporto alla programmazione regionale e locale;
- collaborano attraverso gli Osservatori provinciali con la Segreteria tecnica o con l'Ufficio di Piano per l'elaborazione della relazione consuntiva di Zona;
- collaborano con la Regione per la costruzione del sistema regionale di monitoraggio e la valutazione dei PdZ.
- Partecipano alla Consulta regionale per la valutazione della sperimentazione della Società della Salute;
- Supportano la regione nella realizzazione della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sociali;
- Curano la tenuta degli albi e dei registri regionali sul volontariato, la cooperazione sociale, associazionismo e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale;
- Partecipano all'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci per supportare la programmazione zonale e garantire l'integrazione con la programmazione zonale anche mediante la presentazione di progetti nel settore sociale per problematiche interzonali.

NB: Seguono indicazioni più specifiche sulle Azioni di Piano, che riprendono le tematiche già

affrontate nella parte prima, ma con maggiori approfondimenti, e che si riferiscono, fra le altre, a:

- **Il sostegno alle responsabilità familiari;**
- **I diritti dei minori;**
- **Una Toscana per i giovani;**
- **Il contrasto delle povertà e interventi di inclusione delle fasce deboli (con riferimento anche all'alloggio sociale)**
- **Le politiche per una società plurale e coesa;**
- **La promozione delle pari opportunità e l'armonizzazione dei tempi e degli spazi delle città.**

GLI INTERVENTI SOCIALI E SANITARI INTEGRATI

La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute.

Gli obiettivi fondamentali sono:

- la centralità del governo integrato territoriale dei percorsi socio-sanitari;
- la completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti sul territorio;
- la più ampia partecipazione dei soggetti operanti a qualsiasi titolo nel settore.

Uguaglianza dei diritti di accesso

La Giunta regionale, la società della salute, le asl e gli enti locali intraprendono azioni per:

- promuovere campagne di prevenzione;
- sostenere azioni volte alle fasce deboli della popolazione per agevolare il loro accesso ai servizi;
- realizzare un sistema di ADI
- rafforzare ed estendere nuovi servizi di informazione, consulenza e sostegno alle donne, alle famiglie ed agli adolescenti.

La partecipazione: servizi territoriali integrati per le comunità locali

Occorre che le comunità locali si riappropriino dei loro servizi sociali e sanitari sviluppando le componenti partecipative.

I comuni, anche attraverso le S.d.S. affermano le loro funzioni di governo e promuovono la partecipazione diffusa ai vari livelli istituzionali e territoriali.

Il sistema informativo

Si rende indispensabile a livello regionale e territoriale la costituzione di un sistema informativo integrato.

Il sistema di accesso ai servizi socio-sanitari

Obiettivo generale è l'organizzazione di un percorso di accesso unitario ai servizi attraverso un punto unico di accesso (PUA).

Le principali figure di riferimento sono:

- il medico;
- l'assistente sociale

In presenza di bisogni complessi l'accoglienza della domanda è assicurata dalla UVM che gestisce in modo globale il percorso fino alla predisposizione del Progetto assistenziale personalizzato (PAP).

L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere orientata sui seguenti principi:

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento;
- la valutazione delle condizioni di bisogno;
- la definizione del progetto assistenziale personalizzato;
- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento;
- certezza della presenza di figure professionali coinvolte nel programma assistenziale;
- individuazione delle fasi di diversa intensità assistenziale (intensiva, estensiva, di lungo assistenza).

Le aree di intervento

- materno infantile;
- disabili;
- anziani e persone non autosufficienti;
- dipendenze;
- patologie psichiatriche;
- soggetti affetti da AIDS;
- pazienti terminali.

NB: Seguono più specifiche indicazioni (a cui si rinvia) su:

Sostegno all'autonomia delle persone anziane

Le politiche per la non autosufficienza

Sostegno alla autonomia delle persone con disabilità e la rete dei servizi integrati

Barriere architettoniche

Servizi per la disabilità visiva

Le funzioni in materia di invalidità civile

La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

La tutela della salute mentale

La tutela materno-infantile

La tutela della salute delle persone socialmente fragili

Il carcere e la salute

NB:

Il Piano è corredato da vari allegati:

1. Quadro conoscitivo;
2. Modalità di accesso al Fondo regionale di solidarietà interistituzionale;
3. Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti,
4. Rapporto di valutazione integrata.

NB: Si riporta per l'interesse che riveste la parte relativa agli anziani

Sostegno all'autonomia delle persone anziane

Gli impegni strategici sono:

- sviluppo di azioni promozionali, informative ed operative sugli stili di vita;
- prevenzione della fragilità;
- sviluppo di un sistema integrato dei servizi socio sanitari attraverso il Fondo per la non autosufficienza.

Gli interventi operativi

- a) la fragilità: prevenzione e sorveglianza attiva;
- b) campagna informativa sugli stili di vita;
- c) rafforzamento dei collegamenti funzionali con gli strumenti di programmazione attraverso specifici piani operativi trasversali (casa, mobilità, trasporti);
- d) sviluppo dei servizi a bassa intensità assistenziale quali:
 - vigilanza attiva e permanente su tutta la popolazione anziana;
 - tutela diffusa dell'anziano solo o in condizione di marginalità sociale;
 - offerta di servizi a domicilio;
 - orientamento e accompagnamento nei percorsi della rete dei servizi;
 - accessibilità temporanea a:

- centri diurni
- comunità alloggio
- alloggi protetti.

e) la telefonia sociale;

f) un modello di servizi sociali nelle aree rurali e nella montagna.

Le politiche per la non autosufficienza

Sono previsti alcuni strumenti e azioni fondamentali che saranno oggetto di successivi atti normativi e gestionali:

- sottoscrizione di un patto istituzionale fra Regione ed Enti locali, con l'assunzione di responsabilità e definizione di risorse;
- riconoscimento del diritto del cittadino alla prestazione socio sanitaria integrata;
- definizione dei livelli di risposta assistenziale da assicurare sulla base degli indici di gravità;
- individuazione dei destinatari delle offerte integrate
- configurazione ed articolazione della mappa delle offerte integrate coperte e sostenute dal fondo;
- accertamento della compartecipazione economica della prestazione socio-sanitaria integrata (ISEE).

Gli strumenti e i requisiti fondamentali sono:

- a) attivazione del PUA;
- b) valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno;
- c) protocolli della continuità assistenziale territorio-ospedale; territorio-MMG; territorio specialistica;
- d) quantificazione dei carichi assistenziali e la determinazione degli indici di gravità;
- e) articolazione dei pacchetti assistenziali;
- f) quantificazione delle risorse rese disponibili dal Fondo per la non autosufficienza n. 787 del 05/11/2007 Approvazione del provvedimento attuativo per l'anno 2007 del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (PISR)

Nell'allegato 3: Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti, è specificata la previsione degli interventi:

In ambito residenziale

- copertura di circa 9.000 soggetti/anno in strutture (incremento circa 1.000)

- valutazione della proposta di intervento in base al criterio dell'appropriatezza;
- definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa;
- sostegno specifico agli interventi temporanei;

In ambito territoriale/domiciliare

- qualificazione e incremento di circa il 50% degli interventi;
- valutazione della proposta di intervento in base al criterio dell'appropriatezza;
- definizione di linee-guida relative alle tipologie delle risposte da offrire; e me
- definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa;

Sostegno familiare

-attivazione del percorso di emersione per circa 5.000 famiglie con assistenti familiari;

- percorsi di qualificazione delle badanti;
- sviluppo da parte di centri per l'impiego di forme promozione dell'incontro tra domanda ed offerta per il lavoro di cura familiare;
- promozione di sportelli di orientamento e pronta risposta "sociale" e "integrata" per problematiche sorte nell'ambito di cura familiare;
- sostegno a percorsi di abbandono del lavoro per necessità di cura o di minore capacità di produzione del reddito familiare.

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

PIEMONTE

DCR 24.10.07,n. 137-40212 – Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 (BUR n. 48 del 29.11.07)

Note

PREMESSA

La Regione, fin dal 1985 ha approvato specifici piani socio-sanitari, secondo una cadenza triennale che ha determinato una costante attività programmatoria in stretta connessione fra il versante sanitario e il versante sociale.

Il presente piano socio-sanitario contiene indicazioni e criteri generali per la gestione ed organizzazione dei servizi per:

- orientare le attività di prevenzione;
- sviluppare l'assistenza territoriale nel quadro della piena integrazione socio-sanitaria;
- per garantire l'assistenza ospedaliera.

Le aree prioritarie per le quali sono approntate apposite strategie di azione e di specifici programmi di intervento.

Gli interventi sanitari in rete sono:

- Oncologia;
- Cardiologia;
- Neurologia
- Riabilitazione;
- Diabete;
- Allergie;
- Trapianti;
- Malattie rare;

- Emergenze.

Aree di rafforzamento e di riassetto

- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie infettive;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie genito-urinarie;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie respiratorie;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie dell'apparato digerente;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie genetiche;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie osteo-articolari e traumi;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie della pelle;
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie digerenti;
- HIV/AIDS
- Donazione e buon uso del sangue.

Azioni trasversali

- Politica del farmaco e sistemi terapeutici;
- Medicine complementari;
- Odontoiatria sociale;
- Governo clinico,
- Uso appropriato delle tecnologie sanitarie.

E' disposto altresì che con cadenza annuale la Giunta regionale presenti al Consiglio regionale una relazione che offra chiare evidenze sui risultati ottenuti.

La relazione dovrà contenere:

- il livello di realizzazione delle singole azioni pianificate e le criticità riscontrate nell'attuazione delle medesime;
- l'efficacia delle azioni realizzate in relazione agli obiettivi del Piano;
- lo stato degli investimenti;
- le prospettive di risanamento finanziario;
- l'andamento del processo delle liste di attesa.

In base a tali orientamenti strategici, si illustrano e si commentano gli aspetti ritenuti di più immediato interesse.

UNA NUOVA POLITICA PER LA SALUTE

Sono confermati i principi fondamentali ispiratori della visione politica, strategica, valoriale di governo del Piano:

- la centralità della salute;
- la prevenzione;
- la centralità delle cittadine e dei cittadini;
- il coinvolgimento degli enti locali;
- la considerazione dell'informazione;
- l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale;
- trasparente e razionale governo della salute.
- Sobrietà e austerità nel governo della salute.

OPPORTUNITA' DI CRESCITA, GOVERNO DELLE RISORSE, INNOVAZIONE

- Il Piano socio-sanitario è uno degli atti di programmazione più complessi e nasce da un lungo e impegnativo lavoro di analisi ed elaborazione progettuale, dalla concertazione con i territori, i cittadini, le associazioni professionali, i diversi portatori di interesse, le parti sociali.
- Il Piano è un documento di respiro pluriennale, ed è impegnativo per tutta la legislatura vigente.
- Il personale impegnato nel settore salute conta 55.000 addetti, e 70 mila il numero di addetti complessivo cui vanno aggiunti 20 mila lavoratori nel settore socio-assistenziale (fra questi: 940 assistenti sociali; 3.203 educatori professionali; 14.820 Adest-oss; 588 animatori)

- E' opportuna la costituzione del Parco della Salute, che costituisce un'occasione di sviluppo economico, valorizzando il ruolo di innovativa ricerca ed alta formazione; il modello sarà quello un ospedale plurispecialistico capace di fornire interventi sanitari di elevata complessità.

IL GOVERNO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il quadro di riferimento

L'assetto istituzionale ed organizzativo del SSN porta a individuare le seguenti tendenze:

- tendenziale riduzione del numero delle aziende sanitarie;
- sviluppo di aggregazioni sovra aziendali;
- centralità crescente delle politiche di integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo delle sperimentazioni gestionali.

I problemi

- azione della Regione condizionata da limiti organizzativi;
- azione delle asl presenta evidenti ambivalenze fra la ricerca dell'autonomia e la ricerca della copertura regionale;
- rapporti fra le aziende sanitarie poco strutturati e sviluppati;
- rapporti fra asl e istituzioni e onlus non tengono nel debito conto il ruolo di tali soggetti nel SSN;
- rapporti fra asl e soggetti erogatori privati poco strutturati;
- la configurazione della rete dell'offerta non garantisce l'esigibilità dei LEA;
- occorre migliorare la capacità di esercitare il governo del SSR e dare conto (accountability) delle funzioni svolte e dell'equilibrio fra risorse e risultati conseguiti.

Le azioni

A livello regionale:

- definizione a livello di Giunta di modalità interassessorili e interdirezionali per la programmazione e valutazione delle iniziative che hanno attinenza con la tutela della salute;
- riorganizzazione dell'Assessorato;
- riorganizzazione dell'ARESS;
- potenziamento del rapporto con gli Enti locali.

A livello sovra-aziendale

- superamento delle funzioni programmatiche dei quadranti;
- sviluppo del coordinamento funzionale delle aziende;
- sviluppo delle attività amministrative e di supporto integrate.

A livello aziendale

- distinzione della funzione di tutela e di committenza dalla funzione di produzione ed erogazione, perseguendo l'equilibrio economico gestionale per entrambe le funzioni;
- rafforzamento della funzione di tutela e di committenza;
- rafforzamento del governo clinico;
- previsione a livello distrettuale di un tavolo di confronto fra la direzione distrettuale e gli enti gestori delle attività socio assistenziali.

A livello di sistema

- Perfezionare il sistema di allocazione delle risorse disponibili;
- Razionalizzare il sistema di offerta, nella logica della rete integrata;
- Monitorare il sistema di remunerazione, tariffario e per funzioni;
- Migliorare la politica delle risorse umane;
- Razionalizzare l'acquisto di beni e servizi;
- Sviluppare la politica dell'innovazione tecnologica;
- Riordinare le attività sanitarie nella logica della organizzazione per processi;
- Riordinare le attività amministrative e strumentali non sanitarie.

Il governo della domanda

Il quadro di riferimento

La responsabilità coinvolge:

- gli utenti per evitare fenomeni di consumismo sanitario;
- il medici prescrittori, che debbono osservare il principio dell'appropriatezza;
- i soggetti erogatori che debbono indurre domande appropriate, in presenza di una variabilità nel ricorso alle prestazioni.

I problemi

La domanda di prestazioni sanitarie non presenta situazioni particolarmente rilevanti

- il tasso di ospedalizzazione è poco superiore all'obiettivo nazionale;
- il consumo dei farmaci è su livelli più bassi sulla media nazionale;
- le attività territoriali (ADI) si pongono su livelli medi nel nord Italia ma inferiori al bisogno espresso e latente.

I problemi si pongono a livello di singole prestazioni e di alcune aree territoriali

- tassi di ospedalizzazione eccessivi per alcuni DGR;
- liste di attesa per ricoveri e prestazioni ambulatoriali;
- liste di attesa per residenzialità socio-sanitaria;
- rapporto con MMG da migliorare;
- scarso sviluppo di percorsi assistenziali condivisi;
- scarso sviluppo fra i soggetti erogatori finalizzati a garantire continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente dei vari segmenti del percorso assistenziale.

Le azioni

A livello regionale

- confronto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale per migliorare l'appropriatezza della domanda e per monitorare i problemi di accesso ai servizi;
- obiettivi per i direttori generali per sviluppare i percorsi assistenziali, adeguate l'offerta per i LEA sottosviluppati, contenere la domanda a rischio di inappropriata;
- contrattazione regionale relativa al personale dipendente e convenzionato;
- contrattazione regionale per le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori;
- indirizzi ai direttori generali per l'assegnazione all'interno delle asl di obiettivi di sviluppo delle prestazioni carenti e contenimento di quelle in esubero;
- campagne informative regionali sul corretto ricorso ai servizi e alle prestazioni sanitarie;
- creazione di un punto di ascolto della voce degli utenti e delle loro organizzazioni rappresentative.

A livello aziendale

- contrattazione relativa al personale coerente con gli obiettivi di controllo della domanda e di sviluppo dei percorsi assistenziali;
- assegnazione ai direttori delle articolazioni organizzative di obiettivi coerenti con quelli aziendali;
- contrattazione con i soggetti erogatori per garantire continuità assistenziale e l'utilizzo efficiente di ogni segmento del percorso assistenziale
- confronto a livello aziendale e distrettuale, con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale per migliorare l'appropriatezza della domanda e l'accesso ai servizi;
- sviluppo a livello distrettuale dei servizi di accoglienza, ascolto e accompagnamento dei pazienti nei percorsi di diagnosi e cura.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Le attività di promozione della salute e prevenzione dovranno essere potenziate.

Il primo passo consiste nella stesura condivisa di un profilo di salute, e pertanto in base al profilo la comunità locale può essere in grado di pervenire alla programmazione coordinata di un piano salute

I profili e i piani per la salute:

- sono costruiti a livello locale, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, enti locali, con il supporto tecnico dell'asl e dei consorzi socio assistenziali
- rappresentano lo strumento per la valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte politico-amministrative, per l'identificazione degli obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l'attuazione delle politiche di salute.

Gli interventi di prevenzione

I settori di intervento sono:

- programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva;
- promozione individuale di comportamenti e stili di vita;
- attività di informazione e comunicazione del rischio.

Nelle asl e nei distretti socio-sanitari l'attività di promozione e prevenzione devono essere basate su un metodo articolato su:

- l'analisi dei problemi di salute;
- la scelta delle priorità;
- l'identificazione degli interventi efficaci;
- l'attivazione degli interventi efficaci;
- la valutazione dell'impatto degli interventi;
- la ri-definizione degli obiettivi.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CURE PRIMARIE

La necessità di integrare professionalità, settori e istituzioni diverse (sanità e assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, con particolare riferimento agli anziani.

L'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatica e deve articolarsi affrontando alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale:

- la porta d'accesso del sistema;
- i passaggi tra aree assistenziali diverse;
- i momenti di valutazione sulle condizioni di maggiore complessità.

I livelli di assistenza integrati

Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio trovano la loro articolazione nel DPCM 29.11.01.

La modalità organizzativa con la quale il sistema sanitario garantisce ai cittadini i LEA socio-sanitari costituisce la rete territoriale dei servizi.

L'erogazione di tali prestazioni compito specifico del distretto, mentre al Comune viene richiesto di contribuire alle spese degli interventi ove l'utente, per ragioni economiche, non possa farsi carico in tutto o in parte del pagamento delle prestazioni individuate a suo carico dal DPCM 29.11.01.

Le cure primarie

Rappresentano l'ambito nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario.

E' necessario peraltro organizzare l'assistenza territoriale attraverso gruppi di cure primarie (GCP) che assistano 10-15.000 abitanti con le seguenti caratteristiche di fondo:

- presenza pluriprofessionale;
- condivisione di impostazioni di lavoro;
- relazioni operative strutturate con gli altri operatori;
- visibilità nei confronti del cittadino.

I GCP costituiscono l'articolazione organizzata del SSR e non rappresentano una ulteriore modalità associativa per i MMG.

Essi garantiscono:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza domiciliare nelle sue diverse forme e modalità: programmata, integrata, infermieristica,

I livelli di interrelazione con il sistema socio assistenziale

Il momento dell'accesso del cittadino al sistema socio-sanitario rappresenta obiettivo del piano socio-sanitario.

Pertanto è prevista l'attivazione e l'implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali" gestiti da operatori sociali e sanitari.

Tali strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale ed sociali e rilevanza sanitaria.

IL DISTRETTO PER LA SALUTE

La Regione attribuisce al distretto un ruolo di centro di riferimento sanitario e socio-sanitario.

La L.R. n. 1/04 ha confermato nella gestione associata, l'opzione più idonea a garantire i servizi sociali.

L'ambito ottimale coincide con il distretto.

Le criticità

La dimensione dei distretti piemontesi è peraltro in alcuni casi inadeguata, con varie criticità:

- difficoltà a definire un modello di distretto senza un modello di salute di riferimento;
- scarsità di risorse;
- burocrazia e ruoli confusi dei nei distretti;
- difficoltà di programmazione e controllo;
- difficoltà nell'integrazione socio sanitaria e mancata interazione fra i servizi.

Gli elementi organizzativi per il governo del territorio

I distretti governano la domanda di salute del territorio assicurando direttamente i servizi e i percorsi, nonché le attività socio-assistenziali.

A tal fine:

- governano la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione;
- programmano le attività territoriali;
- definiscono i servizi necessari;
- assicurano le articolazioni operative e i percorsi di continuità assistenziale;
- assicurano equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure;
- promuovono la comunicazione nei confronti dei cittadini;
- valutano l'efficacia degli interventi.

La direzione del distretto

Esercita le seguenti funzioni:

- nei processi assistenziali rappresenta il garante delle relazioni che si instaurano fra i singoli medici, i GCP e i servizi di supporto, gli altri livelli assistenziali presenti nel territorio, il sistema ospedaliero, i servizi di prevenzione;
- nei processi organizzativi rappresenta nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario ed esterni (soggetti istituzionali, volontariato, scuola) il riferimento locale per le attività territoriali;
- nei processi gestionali rappresenta il riferimento per :
 - l'identificazione delle risorse
 - la distribuzione delle risorse
 - il controllo gestionale sulle attività erogate nel distretto
 - il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni
- nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le amministrazioni locali e per gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi, per la costruzione degli atti di programmazione

- nelle relazioni esterne è anche il riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

Le condizioni

La realizzazione di tale modello organizzativo richiede:

- l'assegnazione di risorse definite in rapporto agli obiettivi;
- la tendenziale ridefinizione delle dimensioni popolazione-territorio;
- una articolazione organizzativa a rete;
- una rappresentanza dell'Ufficio di coordinamento distrettuale che preveda la partecipazione di rappresentanti MMG, specialisti ambulatoriali, il Direttore dell'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali.

LA PROGRAMMAZIONE NEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

L'art.20 comma 2 della L.R. 1/04 prevede che le attività socio sanitarie integrate "realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale" vengano regolate nell'ambito dell'accordo di programma che approva il Piano di zona.

Tenuto conto della complessità della problematica relativa all'integrazione socio sanitaria è necessaria la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, attraverso una valutazione multidisciplinare del bisogno e la valutazione periodica dei risultati.

In tale contesto il compito di assicurare il coordinamento e l'integrazione spetta quindi alla struttura operativa.

Le azioni

Costituiscono obiettivi di piano, relativamente all'integrazione socio-sanitaria:

- la costruzione di PdZ intesi come processi programmatori del sistema servizi sociali e socio-sanitari ai quali partecipano in modo diretto le ASL;
- l'approvazione dei PdZ attraverso le assemblee consortili;
- la stipula di accordi di programma;
- la costruzione di una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate a cui assegnare la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari, attraverso la creazione vincolante all'interno del PdZ dell'Ufficio di piano, con funzione di coordinamento e gestione del piano e a responsabilità congiunta fra direttore del distretto e direttore dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali.

NB: Va superata la attuale confusione fra consorzio/comune/comitato dei sindaci di distretto attraverso la proposta di far corrispondere il comitato dei sindaci di distretto all'assemblea consortile a garanzia di una sede unificata per l'approvazione e la verifica della programmazione socio-sanitaria e prevedere la presenza nell'assemblea consortile/comitato dei sindaci di distretto del direttore generale dell'ASL e del direttore del distretto, a fianco del direttore del consorzio. Occorrerà inoltre prevedere la stipula di protocolli operativi che definiscano le strutture organizzative integrate di riferimento per le varie categorie di utenti.

Il modello di integrazione gestionale comporta:

- un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai carichi di lavoro;
- l'assunzione da parte della Regione, in stretta collaborazione con la provincia, di un ruolo guida nella verifica dei processi di programmazione locale;
- risorse finanziarie derivanti da un nuovo fondo socio-sanitario regionale.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: SALUTE E BENESSERE SOCIALE

Le criticità

- il complesso delle prestazioni afferenti ai LEA socio sanitari risulta regolamentato solo in parte;
- nello specifico delle cure domiciliari, la quasi totalità dell'ADI risulta essere un intervento di integrazione fra unità operative sanitarie;
- risultano ancora da ratificare accordi territoriali che recepiscano le cosiddette assistenze domiciliari in "lungo assistenza" che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste regolamentazione regionale.

I bisogni espressi in maniera socialmente prevalente

- ambito post-acuzie nella continuità di cura fra ospedale e territorio;
- ambito della continuità assistenziale riferita al sistema delle cure primarie, nella doppia accezione sanitaria e sociale;
- ambito proprio delle cure domiciliari;
- ambito dell'assistenza al malto terminale.

LE AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO

La tutela della salute della popolazione anziana

Le criticità

- **Domiciliarità : i riscontrano lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica, e non sempre disegnati secondo i reali bisogni e del contesto socioabitativo**
- **Residenzialità: consistenza delle liste di attesa legata alla complessità delle procedure burocratiche;**
- **Rete regionale delle strutture: distribuzione disomogenea; carenza di posti letto per specifiche patologie degenerative.**
- **Presenza in carico: assenza di una presa in carico complessiva della problematica della non autosufficienza mediante l'integrazione anche di tematiche non sanitarie ma determinanti per la salute, quali: la mobilità, il tempo libero dell'assistito e del caregiver.**

Strategie generali di sviluppo

- raggiungimento della continuità delle cure;
- promuovere attivamente la salute degli anziani;
- ottimizzare la presa in carico dell'anziano al fine di ritardare la non autosufficienza;
- qualificazione ed implementazione dei servizi di assistenza domiciliare;
- potenziare forme innovative di assistenza a domicilio: - ospedalizzazione domiciliare
- residenzialità protetta
- integrazione dei protocolli che regolano l'ADI
- prevedere l'erogazione di assegni di cura in misura adeguata ai Piani Individualizzati in lungo-assistenza individuati dalla UVM;
- adeguatezza dei tempi di valutazione per garantire interventi rapidi;
- investire nella qualificazione del personale straniero che fornisce assistenza agli anziani;
- introdurre compiutamente un sistema di "mercato sociale amministrato" attraverso forme di accreditamento delle imprese sociali che dia al cittadino la possibilità di scelta;
- fare ricorso a tecnologie quali sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina;
- riorganizzazione dell'assistenza residenziale distrettuale;
- incremento dei posti letto per assistenza residenziale per anziani non autosufficienti;
- avvio di programmi di controllo di qualità

Azioni rivolte agli anziani con disturbi cognitivi

Entro centottanta giorni dall'approvazione del Piano socio-sanitario la Giunta adotta un provvedimento specifico:

- che riconosca la malattia di Alzheimer quale patologia a sé stante e che individui gli strumenti necessari alla cura e all'assistenza specifica del malato di Alzheimer;

- che preveda la creazione di una apposita rete assistenziale in relazione alle differenti necessità di protezione sociale, sanitaria e socio-sanitaria;
- che favorisca il mantenimento delle possibilità di cura a casa della persona malata, mediante interventi domiciliari e ricoveri temporanei;

* preveda la disponibilità di interventi assistenziali di complessità più elevata di quella domiciliare per gestire l'evoluzione della malattia associata a periodi di disturbi comportamentali o psicotici, da erogarsi nei Centri diurni Alzheimer e nuclei Alzheimer.

NB: Segue l'indicazione e l'illustrazione degli impegni regionali sulle seguenti aree prioritarie di intervento, a cui si rinvia:

Le persone con disabilità

Area materno-infantile

Salute mentale

Patologie delle dipendenze

La salute degli immigrati e delle immigrate

Medicina penitenziaria

QUALITA' DELLA VITA

MARCHE

DGR 19.11.07, n. 1287 - LR n. 27/2001: Contributi ai Comuni per l'elaborazione e l'adozione del piano territoriale degli orari e per la costituzione, la promozione e il sostegno delle banche dei tempi". Formazione delle graduatorie per l'assegnazione dei fondi. Bilancio 2007, cap. 53007117, euro 42.582,03.(BUR n. 105 del 30.11.07)

Note

* Per la formazione delle graduatorie e l'ordine di precedenza dei progetti e relativa assegnazione di fondi di cui alla Legge Regionale 13.11.2001: "Interventi per il coordinamento dei tempi delle città e la promozione dell'uso del tempo per fini di solidarietà sociale", si fa riferimento alla DGR 1082 del 2/10/2006 che appresso si riporta.

* Per la formazione delle graduatorie delle richieste si tiene conto anche della popolazione e del territorio di riferimento, con precedenza per i progetti presentati dagli Ambiti territoriali socio assistenziali che devono coinvolgere tutti i Comuni dell'Ambito.

Contributi regionali per l'elaborazione e l'adozione dei piani territoriali degli orari: art. 4 della L.R. 13.11.2001, n. 27

1. Per i progetti, di Comuni confinanti, che hanno le caratteristiche di coordinamento e cooperazione previsti dall'articolo 4, comma 2 lettera a) saranno assegnati punti 3.

a. Le caratteristiche di coordinamento e cooperazione devono essere documentate con atti formali ed amministrativi;

b. Deve essere individuato il Comune capogruppo di riferimento per l'attuazione del progetto sia per quanto attiene al trasferimento delle risorse regionali, sia per agli adempimenti amministrativi e contabili.

2. Per i progetti che sviluppano inoltre le caratteristiche di cui alle lettere: b, c, d, e, dello stesso articolo 4, comma 2, saranno aggiunti punti 2 per le lettere "b" ed "e"; punti 1 per le lettere "c" e "d" opportunamente sviluppati e documentati da atti formali ed amministrativi;

3. Con riferimento a territorio e popolazione i punteggi assegnati sono:

a. Punti 3 per coordinamento e cooperazione, documentati da atti formali, fra comuni confinanti che singolarmente hanno una popolazione inferiore ai 30.000 abitanti e che presi in forma aggregata hanno una popolazione superiore ai 15.000 abitanti, più punti 1 per ogni comune che si è aggregato.

L'ordine di elencazione e pertanto di precedenza è:

* A1) Ordine decrescente per numero di comuni che si coordinano e cooperano dai gruppi con il maggior numero a quelli con il minor numero di comuni

* A2) per raggruppamenti uguali si tiene conto del rapporto territorio complessivo / popolazione complessiva in ordine crescente da un rapporto minore a quello maggiore.

b. punti 2 per coordinamento e cooperazione, documentata con atti formali, fra comuni confinanti di cui almeno uno abbia singolarmente una popolazione di 30.000 o più abitanti, più punti 1 per ogni comune che si è aggregato.

L'ordine di elencazione e pertanto di precedenza è:

* B1) ordine decrescente per numero di comuni che si coordinano e cooperano dai gruppi con il maggior numero a quelli con il minor numero di comuni

* B2) per raggruppamenti uguali si tiene conto del rapporto territorio complessivo / popolazione complessiva in ordine crescente da un rapporto minore a quello maggiore.

c. punti 1 per Comuni singoli con popolazione superiore ai 30.000 abitanti in ordine decrescente di popolazione.

4. I progetti dovranno essere spediti tramite posta (fa fede il timbro postale) o presentati direttamente alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali, Via Gentile da Fabriano, 3 - (Palazzo Rossini) - 60125 Ancona, entro il **7 dicembre 2007** completi di:

4a) l'individuazione del Comune capogruppo responsabile del coordinamento, dell'attuazione del progetto e degli adempimenti amministrativi e contabili,

4b) l'elenco dei Comuni cooperanti, individuati con il proprio codice ISTAT e relativa denominazione,

4c) la tipologia di progetto presentato in riferimento all'articolo 4, comma 2, lettere a, b, c, d, e, della L.R. 27/2001,

4d) l'elenco numerato dei documenti e degli atti formali allegati raggruppati in riferimento alla tipologia dei progetti di cui alle lettere a, b, c, d, e, dell'articolo 4, comma 2 della L.R. 27/2001,

4e) la quota complessiva di cofinanziamento che il raggruppamento dei comuni o il comune va a stanziare per la realizzazione del progetto.

5. Il contributo regionale è assegnato in ordine di graduatoria per una percentuale non superiore al 50% del costo del progetto e comunque non superiore ad Euro 2.582,28;

6. La graduatoria e l'ordine dei progetti è approvato con atto del Dirigente del servizio unitamente all'assegnazione ed impegno delle somme stabilite;

7. I Comuni capogruppo e/o il Comune assegnatari dei contributi regionali devono avviare il progetto entro 180 giorni dalla comunicazione dell'assegnazione del contributo dandone comunicazione al Servizio Politiche Sociali della Regione. Si fa presente che, ai sensi della legge regionale 11.12.2001, n. 31 art. 46, comma 9, le somme impegnate che non hanno dato luogo al pagamento entro il **secondo** anno, non saranno più esigibili;

8. L'erogazione del contributo regionale avverrà con decreto del dirigente del Servizio. Il 50% con il decreto di assegnazione ed impegno, il 50% su rendicontazione delle spese sostenute per la realizzazione del progetto accompagnato da relazione e relativa documentazione formale amministrativa e contabile;

9. Fermo restando quanto previsto nei punti da 4, 5, 6, 7, e 8, per quanto compatibili, i progetti possono essere presentati dagli Enti capofila d'Ambito territoriale socio assistenziale.

Detti progetti

* devono coinvolgere l'insieme di tutti i Comuni dell'ambito,

* **hanno la precedenza su tutti gli altri progetti presentati** sia da associazioni di comuni che dai Comuni singoli con popolazione superiore ai 30.000 abitanti;

* per la formazione della graduatoria si farà riferimento alla popolazione ed alla estensione territoriale dell'Ambito territoriale assegnando:

punti 6 per popolazione fino a 30.000 abitanti,

punti 5 per popolazione da 30.001 a 60.000,

punti 4 per popolazione superiore ai 60.000 abitanti.

Quanto al territorio sono assegnati:

punti 2 per ambiti con superfici fino a 30.000 Hmq,

punti 1 per ambiti con superfici oltre i 30.000 Hmq.

In caso di parità viene data la precedenza all'ambito in cui il numero di abitanti per Hmq, risulta minore (Popolazione/territorio)

* il contributo regionale è assegnato in ordine di graduatoria per una percentuale non superiore al 50% del costo del progetto e comunque non superiore ad Euro 5.164,56.

10. La mancata realizzazione del progetto entro il **secondo** anno successivo comporta la restituzione integrale delle somme erogate.

11. Qualora a completamento della graduatoria rimanessero risorse non ripartite, le stesse saranno assegnate in percentuale fra tutti i progetti e comunque nel limite massimo del 90% del costo degli stessi;

12.1 progetti presentati da comuni singoli o associati la cui popolazione complessiva è inferiore a 15.000 abitanti non sono ammissibili al contributo regionale.

13. Qualora la somma complessiva delle richieste pervenute supera le disponibilità di bilancio, i contributi regionali verranno ridotti proporzionalmente.

Contributi regionali per la costituzione, la promozione e il sostegno delle banche del tempo art. 5 della L.R. 13.11.2001, n. 27

La Regione, in riferimento alle finalità di cui all'articolo 5 della L.R. 27/01: "Contributi regionali per la costituzione, la promozione e il sostegno delle banche dei tempi", assegna i relativi contributi con i criteri di precedenza di cui ai punti 3 e 9 per un massimo:

1) del 50% sui costi figurativi di affitto dei locali;

2) del 50% della quota di ammortamento dei beni strumentali, dati in comodato d'uso alle banche del tempo operanti nel territorio di riferimento;

3) del 50% sui costi per attività di promozione e informazione di cui all'articolo 5 comma 2 b;

Per i punti 1, 2 e 3 il limite massimo complessivo non può comunque superare Euro 2.582,28

4) contribuisce inoltre fino ad un massimo del 50% e comunque per non più di Euro 1.291,14 dei costi effettivi sostenuti per la formazione dei soggetti aderenti alle associazioni banche dei tempi,

5) i progetti presentati dagli Enti capofila d'ambito ed interessanti tutti i Comuni facenti parte dell'ambito, hanno la precedenza su tutti gli altri progetti presentati e le percentuali di cui ai punti 1, 2, 3, possono essere anche dell'80%.

Per i costi effettivi sostenuti per la formazione dei soggetti aderenti alle associazioni banche dei tempi il limite massimo non può superare Euro 2.582,28.

Per i costi di cui ai punti 1, 2 e 3 il limite massimo complessivo non può superare Euro 4.131,64.

Qualora a completamento della graduatoria rimanessero risorse non ripartite, le stesse saranno assegnate percentualmente fra tutte le richieste pervenute e comunque nel limite massimo del 90% del costo delle stesse;

La graduatoria e l'ordine dei progetti è approvato con atto del Dirigente del servizio unitamente all'assegnazione ed impegno delle somme stabilite;

I contributi regionali sono assegnati sulla base delle somme richieste nei limiti di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 o 5;

- La liquidazione ed erogazione con atti del Dirigente del servizio Politiche Sociali, su presentazione da parte del Comune, della opportuna documentazione appresso indicata.

1) atto di comodato d'uso dei locali accompagnato da planimetria degli stessi e calcolo di un affitto, anche figurativo, ad equo canone degli stessi;

2) atto di comodato d'uso dei beni strumentali accompagnati dall'estratto del registro inventario dei beni da cui risulti la data di acquisto e inventariazione dello strumento e con l'indicazione della quota di ammortamento per l'anno di riferimento calcolata ai sensi di legge.

3) Copia degli atti formali di liquidazione delle spettanze dovute ai fornitori.

I progetti presentati da comuni singoli o associati la cui popolazione complessiva è inferiore a 15.000 abitanti non sono ammissibili al contributo regionale.

Qualora la somma complessiva delle richieste pervenute supera le disponibilità di bilancio, i contributi regionali verranno ridotti proporzionalmente.

L'onere fa capo al Bilancio 2007, Capitolo 5.30.07.117: Euro 42.582,03.

SANITA'

MARCHE

DGR 19.11.07 n. 1336 .L. 662/96 art. 1 comma 34 - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, individuati nell'accordo del 1 agosto 2007, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia (BUR n. 105 del .

Sono approvati i seguenti progetti per l'anno 2007, riportati in allegato alla presente deliberazione della quale fanno parte integrante e sostanziale, predisposti in aderenza agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, individuati nell'Accordo del 1 agosto 2007, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla base delle seguenti linee prioritarie:

L.P. 1: Cure primarie

L.P. 2 : Salute della donna e del neonato

L.P. 3: aggiornamento del personale

L.P. 4: reti assistenziali

L.P. 5: Governo clinico

L.P. 6: Liste di attesa.

DGR 19.11.07 N. 1337 - Legge 296/2006 - Presentazione dei progetti per l'accesso al fondo di cofinanziamento per l'anno 2007 dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale.(BUR 105

DGR 26.11.07, n. 1369 .DM 279/2001 - Integrazione elenco malattie rare. (BUR n. 107 del

Note

- Viene integrato l'elenco di cui al D.M. 279/2001 con le patologie di cui all'Allegato A, che saranno assoggettate alla medesima disciplina delle altre patologie ivi inserite

PIEMONTE

DGR 29.10.07, n. 82-7309 Programma per la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte 2008-2010. Delega della gestione del programma all'Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista di Torino. (BUR n. 47 DEL 22.11.07)

Note

* sono affidate all'Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista di Torino le attività di seguito indicate:

* stipula, per conto della Regione, dei contratti di assicurazione di cui al programma assicurativo, previa ricerca del contraente in conformità alla vigente normativa con procedura di gara aperta con

criterio di aggiudicazione al prezzo più basso sulla base d'asta (codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE);

* costituzione sul proprio bilancio del Fondo speciale finanziato dalla quota di spesa sanitaria di competenza di ogni singola ASR determinata secondo i criteri stabiliti con successivo atto giuntale;

* gestione, con decorrenza 1 gennaio 2008, del programma di assicurazione 2008-2010 per la copertura dei rischi di natura sanitaria della Regione Piemonte, con riserva di valutare nel corso del primo anno di attività la eventuale opportunità di estendere la gestione del programma anche ad altre Aziende sanitarie regionali;

DGR 19.11.07, n. 13-7456 Nutrizione Artificiale a Domicilio (NAD). Programmazione della rete delle Strutture Organizzative di Dietetica e Nutrizione Clinica. (BUR n. 48 del 29.11.07)

Note:

Il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono interventi ad elevata complessità clinico assistenziale pone l'esigenza di organizzare risposte integrate, centrate sui bisogni dei pazienti e di chi li assiste, unitarie nel modo in cui vengono erogate; una di queste risposte è rappresentata dalla Nutrizione Artificiale (NA).

La Nutrizione Artificiale (NA), che può essere effettuata per via venosa (Nutrizione Parenterale NP) o per via digestiva (Nutrizione Enterale NE), è un trattamento sostitutivo di funzione d'organo in cui tutti i nutrienti necessari sono forniti per via artificiale ed è indicato nei soggetti che non sono in grado di mantenere o raggiungere l'equilibrio nutrizionale utilizzando la nutrizione per via orale. Nei casi in cui risulta necessario il programma deve essere proseguito al domicilio consentendo di realizzare una riduzione dei costi globali del trattamento e di influenzare in senso positivo la qualità di vita del paziente.

La complessità della realizzazione del programma di Nutrizione Artificiale presuppone uno standard operativo di elevato livello ed un continuo e specifico aggiornamento che può essere fornito solo da strutture specialistiche dedicate.

Viene pertanto aggiornata la rete relativa al programma di nutrizione artificiale.

DGR 12.11.07, n. 17-7387 - D.G.R. n. 1-5496 del 13.03.2007- Integrazione indicazioni su accreditamento delle strutture sanitarie. (BUR n. 49 del 6.12.07)

Note:

Le attività di verifica sulla rispondenza ai requisiti di accreditamento, definiti con gli atti regionali, da parte delle strutture sanitarie private che richiedono l'accreditamento e dalle aziende sanitarie regionali per quanto concerne i percorsi assistenziali individuati dalla Direzione Sanità, dall'1.01.2008 sono svolte dall'A.Re.S.S. con attività specifiche e di supporto, quali la formazione dei verificatori, l'analisi delle criticità rilevate durante le verifiche già concluse, l'analisi dell'iter procedurale oggi utilizzato per l'effettuazione delle verifiche.

DGR 12.11.07, n. 21-7391 - Rivalutazione dei parametri di riferimento per l'attribuzione del "peso" ai casi di Cure domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate. Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione.

Note

- sono adottati i nuovi parametri economici per la determinazione del “peso” dei casi di Cure Domiciliari sia per pazienti residenti nella Regione Piemonte sia per pazienti residenti in altre Regioni, così come definiti nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- i nuovi parametri sono utilizzati per l’addebito diretto alle AA.SS.LL. di residenza per le prestazioni rese a pazienti non residenti in Piemonte, ma domiciliati nella stessa con scelta del medico di medicina generale, secondo quanto previsto nell’Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

SICILIA

DASS 8.11.07 – Criteri e modalità per la corresponsione e l’assegnazione ai medici di assistenza primaria dell’indennità annua per l’utilizzo di collaboratori di studio e personale infermieristico (GURS n. 56 del 30.11.07)

DASS 12.11.07 – Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio (GURS n. 56 del 30.11.07)

Note

L’accesso alle cure domiciliari, a far data dall’1 ottobre 2007, è disciplinato dall’allegato al presente decreto "Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", che costituisce parte integrante dello stesso.

DASS 14.11.07 - Rimodulazione del numero dei posti letto della rete ospedaliera pubblica, al 31 dicembre 2007 (GURS n. 56 del 30.11.07)

TOSCANA

DGR 12.11.07, n. 802 - D.P.C.M. n.502/1995 - Individuazione ed assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie ai fini della valutazione dell’attività svolta nell’anno 2007 e della successiva determinazione del compenso aggiuntivo (BUR n. 48 del 28.11.07)

Note

La valutazione è determinata in base ai seguenti obiettivi:

- risultato di bilancio;
- tempestività nella trasmissione dei dati;
- qualità. Efficienza e appropriatezza dell’assistenza sanitaria;
- conseguimento delle strategie regionali;
- grado di soddisfazione percepito dagli utenti delle prestazioni sanitarie;
- grado di efficienza e di soddisfazione all’interno delle aziende;
- risparmi ottenuti attraverso azioni di area vasta;
- sintesi dei risultati inerenti il sistema di valutazione.

DGR 26.11.07, n. 863 - Indirizzi alle Aziende USL per la Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2007-2008(BUR n. 50 del 12.12.07).

DGR 20.11.07, n. 826 Artroprotesi: percorso assistenziale riabilitativo; continuità assistenziale. Sperimentazione di un modello di appropriatezza sulla residenzialità nel Comune di Casciana Terme di cui alla DGR n. 1311/2005. Determinazioni BUR n. 49 del 5.12.07)

DGR 29.10.07, n. 758 - Recepimento Accordo Stato - Regioni 29 marzo 2007, ai sensi dell’art.4 del Dlgs n. 281/97, in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.(BUR n. 46 del 14.11.07)

L.R.12.11.07, n. 56 – Modifiche alla L.R.. 8/99 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento (BUR n. 38 del 21.11.07)

VENETO

DGR 13.11.07, n. 3610 - G.R. n. 880 del 26 marzo 2004 "Riformulazione progetto di sperimentazione gestionale "Cittadella Socio Sanitaria", presso il plesso ospedaliero di Cavarzere dell'Azienda U.L.S.S. n. 14 - Chioggia. Autorizzazione regionale ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, recate da ultimo dall'art. 3, co 6 e 7 della legge 16 novembre 2001, n. 405. Proroga.

Note

- Con D.G.R. n. 880 del 26 marzo 2004 "Riformulazione progetto di sperimentazione gestionale "Cittadella Socio Sanitaria", presso il plesso ospedaliero di Cavarzere dell'Azienda U.L.S.S. n. 14 - Chioggia. la Giunta regionale ha deliberato di autorizzare il progetto di sperimentazione gestionale di cui all'art. 9 bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, con la Costituzione di una società mista a prevalente partecipazione dell'Azienda U.L.S.S. 14 per la riconversione dell'ex Ospedale di Cavarzere.
- Il progetto è risultato in accordo con la programmazione regionale prevedendo la costituzione di una "Cittadella Socio-sanitaria multifunzionale" con funzione "elettiva" di riabilitazione" che cura l'attività complessiva dell'ex Ospedale articolata in posti letto per RSA, Disabili, Riabilitazione Età Adulta, CTRP, Sezione Alta Protezione Alzhiemer (SAPA), per un totale di capacità ricettiva di 120 pl.; la struttura socio-sanitaria in questione, ha curato su delega dell'Azienda U.L.S.S. anche le attività di fisioterapia in regime giornaliero, Poliambulatori, Radiologia, Laboratorio Analisi e A.V.I.S..
- Il programma per il suo rafforzamento e completamento ben giustifica la richiesta di proroga che può essere quantificata in almeno altri tre anni, a partire dal 15/11/2007, in analogia con altre sperimentazioni gestionali presenti nel territorio della Regione Veneto, fermo restando le sotto riportate indicazioni relative l'erogazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, indicazioni peraltro già comunicate con nota del Segretario Regionale Sanità e Sociale prot. n. 337596/50.08.00 del 13 giugno 2007, agli atti della Direzione Servizi Sanitari.
- Viene accolta la richiesta dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 14 Chioggia relativa alla proroga di altri tre anni a decorrere dal *15 novembre 2007* del progetto di sperimentazione gestionale "Cittadella Socio-Sanitaria" di Cavarzere;

TRENTO

DGP 31.10.07, n. 2398 – Approvazione del programma di ricerca sanitaria finalizzata per il periodo 2007-2008 e del bando di invito per la presentazione di progetti di ricerca sanitaria finalizzata per l'anno 2007 (BUR n. 46 del 13.11.07)

TUTELA DEI DIRITTI

MARCHE

DGR n. 1320 del 19/11/07. Adesione alla manifestazione contro la violenza maschile sulle donne che si terrà a Roma, sabato 24 novembre in occasione della giornata internazionale contro la violenza sulle donne.(BUR 105

Note

La Giunta aderisce alla Manifestazione contro la violenza maschile sulle donne che si terrà a Roma, sabato 24 novembre in occasione della giornata internazionale contro la violenza sulle Donne;
Di adoperarsi affinché in tutti i territori a livello locale si aprano discussioni, vengano organizzate assemblee, riunioni, incontri quanto più possibile allargati e realizzate tutte le azioni ritenute valide per la prevenzione di ogni atto di violenza maschile sulle donne in ragione di un reale cambiamento culturale e politico che sconfigga patriarcato e maschilismo.

PIEMONTE

DGR 19.11.07, n. 77-7518 Art. 62 L.R. 9/2007 - Approvazione criteri per l'accesso ai contributi di cui al "Fondo regionale di solidarietà a favore di donne vittime di reati di violenza sessuale e contro la persona". Assegnazione di Euro 250.000,00 a favore della Struttura Speciale Gabinetto della Presidenza della Giunta regionale, mediante accantonamento sul cap. 14279 dell'UPB DA15001. (BUR n. 48 del 16.11.07)

Note

Vengono approvati i criteri per l'accesso ai contributi di cui al "Fondo regionale di solidarietà a favore di donne vittime di reati di violenza sessuale e contro la persona", istituito dall'art. 62 L.R. 9/2007, a sussidio delle spese legali e mediche sostenute a causa dell'offesa subita dalle donne vittime di reati di violenza sessuale e contro la persona