

Care lettrici e cari lettori,

l'**ISTISS** prosegue anche per tutto il 2009 la pubblicazione di **PANORAMA LEGISLATIVO** che rappresenta un utile strumento di conoscenza in ordine allo svolgimento delle politiche sociali nel nostro paese.

Tale strumento di conoscenza, oltremodo faticoso ed impegnativo per chi lo redige, è pubblicato in modo assolutamente gratuito sul sito ISTISS.

Al fine di sostenere lo sforzo e l'impegno che sta dietro alla redazione di **PANORAMA LEGISLATIVO**, si richiede pertanto la sottoscrizione **dell'abbonamento alla RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE**, che rappresenta l'unica fonte di riferimento per dare continuità al tema delle problematiche connesse allo svolgimento dell'attività professionale degli operatori sociali, con puntuali aggiornamenti e approfondimenti specifici.

La Rivista è disponibile a pubblicare testimonianze ed articoli degli operatori sociali ("buone pratiche") in base alla valutazione del Comitato scientifico

L'abbonamento annuale è:

- **di 40 euro per gli Enti (Comuni, Province, Regioni Consorzi, Enti Assistenza sociale, IPAB, ASP, ASL, INAIL, INPS e relative sedi decentrate, Università, Istituti Professionali di servizio sociale, ecc.**
- **di 38 euro per operatori singoli;**
- **di 25 euro per studenti di Istituti Professionali di servizio sociale, iscritti al corso si Laurea di Servizio Sociale, Sociologia, Educatori Professionali, Psicologia, Laurea Specialistica in MASSIFE, ecc. (NB: Occorre indicare nella causale il Corso di Laurea e il numero di matricola)**

L'Abbonamento decorre da qualsiasi mese e dà diritto alla ricezione dei quattro volumi della Rivista.

NB

Per coloro che procurano 10 abbonamenti viene rilasciato un abbonamento gratuito!

Il conto corrente è il seguente: 41135005 Intestato a: LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE

In occasione della denuncia dei redditi 2008, Vi ricordiamo che è possibile destinare senza alcun aggravio di tasse o di spesa, da parte dei contribuenti, il 5 per mille all' ISTISS in quanto ONLUS per lo svolgimento delle attività istituzionali.

Pertanto, se ritenete, potete sostenere l'ISTISS con questa semplice operazione:

Indicare nell'apposita casella il Codice fiscale dell'ISTISS: 00898470588 ed apporre la firma (pag. 2 della dichiarazione)

PANORAMA LEGISLATIVO

N. 49 NOVEMBRE 2009 – a cura di Luigi Colombini

PRESENTAZIONE

In relazione al complesso processo di riforma dello Stato, avviato già con la legge 59/97, con la legge 127/97, con il d.lgs.112/98, con la legge 133/99 e il d.lgs. 56/00, e concluso con le leggi costituzionali n. 1/99, n. 2/99 e n. 3/01 e, a seguire, la legge 138/03, risulta quanto mai necessario

seguire con tempestività la legislazione statale e regionale, e i conseguenti atti amministrativi, nelle materie indicate dall'art. 117 della Costituzione.

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

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

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

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

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

PANORAMA STATALE

ASSISTENTI SOCIALI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 13 ottobre 2009 - Riconoscimento, alla sig.ra Jovanova Biljana, delle qualifiche professionali estere abilitanti all'esercizio in Italia della professione di assistente sociale (GU n. 262 del 12,11.09)

IMMIGRATI

**MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI
COMUNICATO**

Concessione di un contributo per la realizzazione di una campagna informativa destinata ai minori egiziani, potenziali migranti verso l'Italia, ed alle loro famiglie. (Avviso n. 2/2009) (GU n. 257 del 4-11-2009)

E' disponibile sul sito internet www.lavoro.gov.it l'avviso n. 2/2009 per la concessione di un contributo per la realizzazione di una campagna informativa destinata ai minori egiziani, potenziali migranti verso l'Italia, ed alle loro famiglie. Possono presentare le proposte progettuali, in forma singola od associata, gli enti e le associazioni iscritti alla prima sezione del registro di cui agli articoli 52 e successive modificazioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 394/1999, e successive modificazioni ed integrazioni, e le organizzazioni intergovernative.

SANITA'

DECRETO LEGISLATIVO 3 ottobre 2009, n. 153

Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonche' disposizioni in materia di indennita' di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (GU n. 257 del 4-11-2009)

Note

Considerato l'interesse del provvedimento, se ne riporta il testo integrale, comprese le note

Art. 1.

Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale

1. In attuazione dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonche' disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, con il presente decreto legislativo si provvede alla definizione dei nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate: «farmacie», e alle correlate modificazioni delle disposizioni recate dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. I nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, concernono:

a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attivita' del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza, attraverso:

1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

2) la preparazione, nonche' la dispensazione al domicilio delle

miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui alla lettera d) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

b) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza;

c) la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalita' di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

d) la erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

e) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto di natura non regolamentare del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attivita' di prescrizione e diagnosi, nonche' il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

f) la effettuazione di attivita' attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonche' ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; tali modalita' sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali, e in base a modalita', regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali.

3. L'adesione delle farmacie pubbliche ai servizi di cui al primo periodo del comma 2 e' subordinata all'osservanza di criteri fissati

con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilita' dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale.

4. Il rapporto delle farmacie con il Servizio sanitario nazionale per lo svolgimento dei nuovi servizi di cui al comma 2 e' disciplinato dalle medesime convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ed ai correlati accordi di livello regionale. Gli accordi nazionali e gli accordi di livello regionale fissano altresì i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attivita' di cui al comma 2.

5. Il Servizio sanitario nazionale promuove la collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attivita' di cui al comma 2.

Note

- Si riporta il testo dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, recante: «Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitivita', nonche' in materia di processo civile»:

«Art. 11 (Delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonche' disposizioni concernenti i Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti). - 1. Ferme restando le competenze regionali, il Governo e' delegato ad adottare, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o piu' decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attivita' del medico di medicina generale, anche con l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche;

b) collaborare ai programmi di educazione sanitaria della popolazione realizzati a livello nazionale e regionale, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari;

c) realizzare, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, anche effettuando analisi di laboratorio di prima istanza nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attivita' di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe;

d) consentire, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, la prenotazione in

farmacia di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, anche prevedendo la possibilita' di pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e di ritiro del referto in farmacia;

e) prevedere forme di remunerazione delle attivita' di cui al presente comma da parte del Servizio sanitario nazionale entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attivita' da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

f) rivedere i requisiti di ruralita' di cui agli articoli 2 e seguenti della legge 8 marzo 1968, n. 221, al fine di riservare la corresponsione dell'indennita' annua di residenza prevista dall'art. 115 del testo unico delle leggi sanitarie, di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, in presenza di situazioni di effettivo disagio in relazione alla localizzazione delle farmacie e all'ampiezza del territorio servito.

2. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli schemi dei decreti legislativi adottati ai sensi del presente comma, ciascuno dei quali corredato di relazione tecnica sugli effetti finanziari delle disposizioni in esso contenute, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili di carattere finanziario, che sono resi entro trenta giorni dalla data di trasmissione dei medesimi schemi di decreto. Decorso il termine di cui al periodo precedente, i decreti legislativi possono essere comunque adottati.

3. Nel caso in cui ai comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti siano richiesti da qualsiasi pubblica amministrazione atti, documenti, provvedimenti, copia degli stessi, dati, rilevazioni statistiche e informazioni che siano o debbano essere gia' nella disponibilita' di altri enti pubblici, gli uffici comunali di riferimento sono tenuti unicamente ad indicare presso quali enti, amministrazioni o uffici siano disponibili gli atti, i dati o le informazioni loro richieste, senza che tale procedura comporti alcuna penalizzazione.».

- La legge 8 marzo 1968, n. 221, reca: «Provvidenze a favore dei farmacisti rurali».

- Si riporta il testo dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412:

«Art. 4 (Assistenza sanitaria). - 1. Il Governo determina, con effetto dal 1° gennaio 1992, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformita' sul territorio nazionale nonche' gli standard organizzativi e di attivita' da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992. Il provvedimento e' adottato, ai sensi dell'art. 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed emanato ai

termini dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, sulla base dei seguenti limiti e principi:

a) i livelli di assistenza sanitaria sono definiti nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalita' di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente;

b) gli standard organizzativi e di attivita' sono determinati a fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento e non costituiscono vincolo organizzativo per le regioni e le unita' sanitarie locali;

c) il parametro capitaro per ciascun livello di assistenza e' finanziato in rapporto alla popolazione residente. La mobilita' sanitaria interregionale e' compensata in sede nazionale;

d) per favorire la manovra di rientro e' istituito, nell'ambito delle disponibilita' del Fondo sanitario nazionale, un fondo di riequilibrio da utilizzarsi per sostenere le regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento;

e) in ogni caso e' garantita la somministrazione gratuita di farmaci salvavita ed il regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria prevista dalle leggi vigenti. La verifica dell'andamento della spesa ed il rispetto dell'uniformita' delle prestazioni e' effettuata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. I risultati della verifica sono trasmessi al Parlamento al 31 luglio ed al 31 dicembre, anche ai fini dell'adozione di eventuali misure correttive.

2. Le regioni, con apposito provvedimento programmatico di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario regionale, possono dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminare il fabbisogno di attivita' convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le convenzioni possono essere stipulate anche con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da societa' che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e in vitro. Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

3. Le regioni sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di day hospital, conservando alle unita' operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali.

4. A decorrere dal 1° gennaio 1992, la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica del 40 per cento e' elevata al 50 per cento con arrotondamento alle cinquecento

lire superiori; la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e' determinata in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi e in confezione monodose. Tale quota e' dovuta da tutti i cittadini, esclusi i pensionati esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito e gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, nonche', ai sensi dell'articolo 5 della legge 3 aprile 1958, n. 474, i grandi invalidi per servizio. La quota di partecipazione alla spesa per le prestazioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione e' determinata nella misura del 50 per cento. A decorrere dal 1° gennaio 1992, per ciascuna ricetta relativa a prestazioni sanitarie, esclusi i ricoveri, diverse da quelle farmaceutiche, e' dovuta una quota fissa di lire 3.000 da corrispondere, all'atto della prestazione, dagli assistiti non esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria. E' soppresso l'ultimo periodo del comma 4 dell'art. 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, e il limite massimo di partecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio e per prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione e' fissato in lire 70.000 per prescrizioni contemporanee di ciascuna branca specialistica oltre al pagamento della quota fissa per singola ricetta; la quota di partecipazione alla spesa per le cure termali e' determinata nella misura del 50 per cento delle tariffe convenzionate con il limite massimo di lire 70.000 per ciclo di cura; il limite massimo di partecipazione alla spesa farmaceutica e' fissato in lire 50.000 per ricetta oltre al pagamento della quota fissa per singola prescrizione. Le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialita' medicinali in prontuario terapeutico sono fissate per i grossisti al 7,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA); per i farmacisti al 25,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA. A decorrere dal 1° gennaio 1992 i prezzi delle specialita' medicinali collocate nelle classi di cui all'articolo 19, comma 4, lettere a) e b), della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ridotti delle seguenti misure percentuali: specialita' medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 1 per cento; specialita' medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 2 per cento; specialita' medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 4 per cento. La riduzione non si applica ai prezzi delle specialita' medicinali determinati con il metodo di cui al provvedimento del CIP n. 29 del 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 238 dell'11 ottobre 1990, ai prezzi dei farmaci di cui alla parte A dell'allegato alla direttiva 87/22/CEE del Consiglio, del 22 dicembre 1986, ed inclusi nell'art. 10, comma 2, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, ed a quelli di biotecnologia da DNA ricombinante. Per le cessioni effettuate dalle farmacie i nuovi prezzi si applicano al quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del relativo provvedimento del CIP. Nel 1992 non si da' luogo all'ammissione nel prontuario di nuove specialita' che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialita'

gia' presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo per ciclo terapeutico. Le ricette a carico del Servizio sanitario nazionale per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000 sono sottoposte a controllo, anche con riscontri presso gli assistiti, adottando il codice fiscale come numero distintivo del cittadino, incrociando i dati di esenzione con quelli fiscali e previdenziali e inserendo gli esenti per reddito nelle verifiche fiscali a cura dell'amministrazione finanziaria, adottando metodiche che permettano l'evidenziazione delle ricette per gli esenti, formalizzando e pubblicizzando gli indicatori di consumo di farmaci di esenzione per cittadino e di consumo dei farmaci per giornata di degenza per le distinte unita' operative ospedaliere, riorganizzando le farmacie ospedaliere e procedendo agli acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto, adottando la numerazione progressiva sui bollini autoadesivi delle specialita' medicinali ed effettuando dall'interno dell'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie il controllo incrociato tra i dati delle forniture farmaceutiche industriali per regione e i dati di liquidazione alle farmacie, con le seguenti azioni repressive, anche a cura dei carabinieri dei Nuclei antisofisticazione e sanita', in caso di accertate anomalie di danno del Servizio sanitario nazionale, restando attribuiti alla responsabilita' regionale gli ulteriori ritardi nella adozione generalizzata della lettura ottica delle prescrizioni mediche e la conseguente mancata attivazione delle Commissioni professionali di verifica previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni; gli amministratori straordinari sono responsabili della piena attuazione delle disposizioni di cui all'art. 5, comma 6, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, relative alle sanzioni a carico dei cittadini e dei medici che fanno uso abusivo delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria. I comuni e le unita' sanitarie locali sono tenuti a rendere disponibili per la consultazione pubblica gli elenchi dei soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito.

5. In caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi di cui al comma 1 non compensata da minori spese in altri settori, le regioni decidono il ricorso alla propria e autonoma capacita' impositiva ovvero adottano, in condizioni di uniformita' all'interno della regione, le altre misure previste dall'art. 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.

6. In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalita' di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalita' giuridica, consorzi e societa' di servizi.

7. Con il Servizio sanitario nazionale puo' intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto e' incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e' altresì incompatibile con l'esercizio di altre attivita' o con la titolarita' o con la compartecipazione delle quote di

imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilita' compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unita' sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilita' devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. A decorrere dal 1° gennaio 1993, al personale medico con rapporto di lavoro a tempo definito, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, e' garantito il passaggio, a domanda, anche in soprannumero, al rapporto di lavoro a tempo pieno. In corrispondenza dei predetti passaggi si procede alla riduzione delle dotazioni organiche, sulla base del diverso rapporto orario, con progressivo riassorbimento delle posizioni soprannumerarie. L'esercizio dell'attivita' libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e' compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Per detto personale all'accertamento delle incompatibilita' provvedono le autorità accademiche competenti. Resta valido quanto stabilito dagli articoli 78, 116 e 117, D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'art. 48, L. 23 dicembre 1978, n. 833, e' definito il campo di applicazione del principio di unicita' del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali.

8. E' abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unita' sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli enti di cui all'art. 41, secondo comma, legge 23 dicembre 1978, n. 833 e degli enti ospedalieri di cui all'art.1, comma 13, del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 1991, n. 111. Limitatamente agli atti delle unita' sanitarie locali e dei sopracitati enti ospedalieri riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo e' assicurato direttamente dalla regione, che e' tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, e' esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 18, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, e' modificato in quaranta giorni.

9. E' istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto

convenzionale, e' costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine e' autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003.

10. Le tariffe relative alle prestazioni di cui all'art. 7 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio 1992, con riferimento alle tariffe vigenti nell'anno 1981 incrementate della variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati intervenuta tra il 1981 e 1991; la rideterminazione deve comunque comportare un incremento delle tariffe non inferiore al 70 per cento di quelle vigenti al 31 dicembre 1991. A partire dall'esercizio finanziario 1992, le somme di cui all'articolo 69, primo comma, lettere b), c) ed e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattenute dalle unita' sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, per essere totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

11. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, le misure del 20 per cento, del 10 per cento e del 5 per cento, di cui all'art. 19, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, sono sostituite, rispettivamente, dal 28 per cento, dal 14 per cento e dal 7 per cento. Per il finanziamento degli oneri a carico dei rispettivi bilanci conseguenti alle riduzioni disposte dal predetto articolo 19, le regioni e le province autonome possono assumere mutui con istituti di credito nel rispetto dei limiti massimi previsti dai rispettivi statuti e dalle vigenti disposizioni.

12. Quanto disposto dall'art. 2, comma 6, della legge 28 luglio 1989, n. 262, non si applica nei confronti delle istituzioni ed enti, non aventi fini di lucro, che erogano prestazioni di natura sanitaria direttamente o convenzionalmente sovvenzionate dallo Stato, dalle regioni o dalle unita' sanitarie locali.

13. Le regioni a statuto ordinario per le esigenze di manutenzione straordinaria e per gli acquisti delle attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete sono autorizzate per l'anno 1992 ad assumere mutui decennali, ad un tasso di interesse non superiore a quello massimo stabilito in applicazione dell'art.13, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, per un complessivo importo di lire 1.500 miliardi; per le stesse finalita', per l'anno 1992, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonche' gli istituti zoo-profilattici sperimentali sono autorizzati a contrarre mutui per un importo complessivo di lire 100 miliardi. Il

Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delibera gli importi mutuabili da ciascuna regione, da ciascun istituto di ricovero e cura a carattere scientifico e da ciascun istituto zoo-profilattico sperimentale. Le operazioni di mutuo sono effettuate con le aziende e gli istituti di credito ordinario speciale individuati da apposito decreto del Ministro del tesoro. Ai conseguenti oneri di ammortamento valutati in lire 384 miliardi per l'anno 1993 e in lire 288 miliardi per gli anni successivi si provvede con quota parte del Fondo sanitario nazionale - parte in conto capitale - allo scopo vincolata.

14. Per le finalità previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, gli stanziamenti di cui all'art. 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, sono integrati di lire 30 miliardi, per l'anno 1991, di lire 60 miliardi per l'anno 1992 e di lire 90 miliardi per gli anni 1993 e successivi. Ai conseguenti maggiori oneri si provvede per il 1991 con quota parte delle risorse accantonate sul Fondo sanitario nazionale di parte corrente da destinare nel medesimo anno agli interventi di piano e per gli anni 1992 e successivi con quote del Fondo sanitario nazionale da vincolare alle predette finalità.

15. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari a diretta gestione, gli ospedali classificati, gli istituti zoo-profilattici sperimentali e l'Istituto superiore di sanità possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, previo conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in sede di definizione della disponibilità per i mutui.

16. Nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano è costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, una commissione tecnica per la verifica, entro il 31 luglio 1992, degli andamenti di spesa nelle distinte regioni in attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo. L'attuazione delle disposizioni è condizione preliminare per essere ammessi alla verifica. La predetta Conferenza esamina in seduta plenaria le risultanze della verifica.

17. Per l'anno 1992, in attesa della approvazione del piano sanitario nazionale, la quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione è fissata in una misura non inferiore al 6 per cento.

18. Dal 1° gennaio 1992 i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita. È compito dell'amministratore straordinario della unità sanitaria locale stabilire le modalità più idonee al recupero delle somme dovute.

- Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, reca: «Riordino della disciplina in materia sanitaria».

- Si riporta il testo dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale):

«Art. 1 (Sanità). - 1. Ai fini della ottimale e

razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equita' distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'art. 32 della Costituzione, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuita' del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia, il Governo della Repubblica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' delegato ad emanare, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o piu' decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riordinare la disciplina dei ticket e dei prelievi contributivi, di cui all'art. 31 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, e successive modificazioni ed integrazioni, sulla base del principio dell'uguaglianza di trattamento dei cittadini, anche attraverso l'unificazione dell'aliquota contributiva, da rendere proporzionale entro un livello massimo di reddito;

b) rafforzare le misure contro le evasioni e le elusioni contributive e contro i comportamenti abusivi nella utilizzazione dei servizi, anche attraverso l'introduzione di limiti e modalita' personalizzate di fruizione delle esenzioni;

c) completare il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia, la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; ove tale intesa non intervenga entro trenta giorni il Governo provvede direttamente;

d) definire i principi organizzativi delle unita' sanitarie locali come aziende infraregionali con personalita' giuridica, articolate secondo i principi della legge 8 giugno 1990, n. 142, stabilendo comunque che esse abbiano propri organi di gestione e prevedendo un direttore generale e un collegio dei revisori i cui membri, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, devono essere scelti tra i revisori contabili iscritti nell'apposito registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. La definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attivita', l'esame del bilancio di previsione e del conto consuntivo con la remissione alla regione delle relative osservazioni, le verifiche generali sull'andamento delle attivita' per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni sono attribuiti al sindaco o alla conferenza dei sindaci ovvero dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale. Il direttore generale, che deve essere in possesso del diploma di laurea e di requisiti di comprovata professionalita' ed esperienza gestionale e organizzativa, e' nominato con scelta motivata dalla regione o dalla provincia autonoma tra gli iscritti all'elenco nazionale da

istituire presso il Ministero della sanita' ed e' assunto con contratto di diritto privato a termine; e' coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario in possesso dei medesimi requisiti soggettivi, assunti anch'essi con contratto di diritto privato a termine, ed e' assistito per le attivita' tecnico-sanitarie da un consiglio dei sanitari, composto da medici, in maggioranza, e da altri sanitari laureati, nonche' da una rappresentanza dei servizi infermieristici e dei tecnici sanitari; per la provincia autonoma di Bolzano e' istituito apposito elenco provinciale tenuto dalla stessa nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego; per la Valle d'Aosta e' istituito apposito elenco regionale tenuto dalla regione stessa nel rispetto delle norme in materia di bilinguismo;

e) ridurre il numero delle unita' sanitarie locali, attraverso un aumento della loro estensione territoriale, tenendo conto delle specificita' delle aree montane;

f) definire i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al direttore generale;

g) definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, tenuto conto della peculiarita' della categoria di assistiti di cui all'art. 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, espressi per le attivita' rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle regioni e alle province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria;

h) emanare, per rendere piene ed effettive le funzioni che vengono trasferite alle regioni e alle province autonome, entro il 30 giugno 1993, norme per la riforma del Ministero della sanita' cui rimangono funzioni di indirizzo e di coordinamento, nonche' tutte le funzioni attribuite dalle leggi dello Stato per la sanita' pubblica. Le stesse norme debbono prevedere altresì il riordino dell'Istituto superiore di sanita', dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) nonche' degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli istituti zooprofilattici. Dette norme non devono comportare oneri a carico dello Stato;

i) prevedere l'attribuzione, a decorrere dal 1° gennaio 1993, alle regioni e alle province autonome dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente e la contestuale riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente di cui all'art. 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni; imputare alle regioni e alle province autonome gli effetti finanziari per gli eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi, per le dotazioni di presidi e di posti letto eccedenti gli standard previsti e per gli eventuali disavanzi di gestione da ripianare con totale esonero finanziario dello Stato; le regioni e le province autonome potranno far fronte ai predetti effetti finanziari con il proprio bilancio, graduando l'esonero dai ticket, salvo restando l'esonero totale dei farmaci salva-vita, variando in aumento entro il limite del 6 per cento l'aliquota dei contributi al lordo delle quote di contributo fiscalizzate per le prestazioni

del Servizio sanitario nazionale, ed entro il limite del 75 per cento l'aliquota dei tributi regionali vigenti; stabilire le modalita' ed i termini per la riscossione dei prelievi contributivi;

l) introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualita' ed economicita', che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e liberta' di scelta;

m) prevedere che con decreto interministeriale, da emanarsi d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate quote di risorse disponibili per le forme di assistenza differenziata di cui alla lettera l);

n) stabilire i criteri per le individuazioni degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari, e degli ospedali che in ogni regione saranno destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, ai quali attribuire personalita' giuridica e autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica e prevedere, anche per gli altri presidi delle unita' sanitarie locali, che la relativa gestione sia informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basato sulle prestazioni effettuate, con appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni e la deospedalizzazione dei lungodegenti;

o) prevedere nuove modalita' di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed universita' sulla base di principi che, nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'universita', regolino l'apporto all'attivita' assistenziale delle facolta' di medicina, secondo le modalita' stabilite dalla programmazione regionale in analogia con quanto previsto, anche in termini di finanziamento, per le strutture ospedaliere; nell'ambito di tali modalita' va peraltro regolamentato il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed universita' per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea;

p) prevedere il trasferimento alle aziende infraregionali e agli ospedali dotati di personalita' giuridica e di autonomia organizzativa del patrimonio mobiliare e immobiliare gia' di proprieta' dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici che alla data di entrata in vigore della presente legge fa parte del patrimonio dei comuni;

q) prevedere che il rapporto di lavoro del personale dipendente sia disciplinato in base alle disposizioni dell'art. 2 della presente legge, individuando in particolare i livelli dirigenziali secondo criteri di efficienza, di non incremento delle dotazioni organiche di ciascuna delle attuali posizioni funzionali e di rigorosa selezione negli accessi ai nuovi livelli dirigenziali cui si perverra' soltanto per pubblico concorso, configurando il livello dirigenziale apicale, per quanto riguarda il personale medico e per le altre professionalita' sanitarie,

quale incarico da conferire a dipendenti forniti di nuova, specifica idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione e rinnovabile, definendo le modalità di accesso, le attribuzioni e le responsabilità del personale dirigenziale, ivi incluse quelle relative al personale medico, riguardo agli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici, e la regolamentazione delle attività di tirocinio e formazione di tutto il personale;

r) definire i principi per garantire i diritti dei cittadini nei confronti del servizio sanitario anche attraverso gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, favorendo la presenza e l'attività degli stessi all'interno delle strutture e prevedendo modalità di partecipazione e di verifica nella programmazione dell'assistenza sanitaria e nella organizzazione dei servizi. Restano salve le competenze ed attribuzioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

s) definire i principi ed i criteri per la riorganizzazione, da parte delle regioni e province autonome, su base dipartimentale, dei presidi multizonali di prevenzione, di cui all'art. 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, cui competono le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali, nonché di consulenza e supporto in materia di prevenzione a comuni, province o altre amministrazioni pubbliche ed al Ministero dell'ambiente; prevedere che i servizi delle unità sanitarie locali, cui competono le funzioni di cui agli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, siano organizzati nel dipartimento di prevenzione, articolato almeno nei servizi di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene e sanità pubblica, veterinaria in riferimento alla sanità animale, all'igiene e commercializzazione degli alimenti di origine animale e all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

t) destinare una quota del Fondo sanitario nazionale ad attività di ricerca di biomedica finalizzata, alle attività di ricerca di istituti di rilievo nazionale, riconosciuti come tali dalla normativa vigente in materia, dell'Istituto superiore di sanità e dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), nonché ad iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale da trasferire allo stato di previsione del Ministero della sanità;

u) allo scopo di garantire la puntuale attuazione delle misure attribuite alla competenza delle regioni e delle province autonome, prevedere che in caso di inadempienza da parte delle medesime di adempimenti previsti dai decreti legislativi di cui al presente articolo, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, disponga, previa diffida, il compimento degli atti relativi in sostituzione delle predette amministrazioni regionali o provinciali;

v) prevedere l'adozione, da parte delle regioni e delle province autonome, entro il 1° gennaio 1993, del sistema di lettura ottica delle prescrizioni mediche, attivando, secondo le modalità previste dall'art. 4, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, le apposite commissioni professionali di verifica. Qualora il termine per l'attivazione del sistema non fosse rispettato, il Ministro

della sanita', sentito il parere della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attiva i poteri sostitutivi consentiti dalla legge; ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni il Ministro provvede direttamente;

z) restano salve le competenze e le attribuzioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Sono prorogate fino al 31 dicembre 1993 le norme dell'art. 4, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, concernenti l'ammissione nel prontuario terapeutico nazionale di nuove specialita' che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialita' gia' presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo del ciclo terapeutico.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo trasmette alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1 al fine dell'espressione del parere da parte delle Commissioni permanenti competenti per la materia di cui al presente articolo. Le Commissioni si esprimono entro quindici giorni dalla data di trasmissione.

4. Disposizioni correttive, nell'ambito dei decreti di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi determinati dal medesimo comma 1 e previo parere delle Commissioni di cui al comma 3, potranno essere emanate, con uno o piu' decreti legislativi, fino al 31 dicembre 1993.».

Note all'art. 1:

- Per l'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 si veda nelle note alle premesse.

- Si riporta il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni:

«Art. 8 (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali). - 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e' disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentativita' delle organizzazioni sindacali e' basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico e' liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validita' annuale ed e' tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilita' di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonche' la riconsiderazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilita';

c) disciplinare gli ambiti e le modalita' di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attivita' in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in

attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unita sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'art. 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il

conseguimento dell'attestato;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unita' sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia e' tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalita' di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonche' l'individuazione di modalita' differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalita' di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attivita' di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalita' sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'art. 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici e' data facolta' di optare per il mantenimento della posizione assicurativa gia' costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma e' valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalita' sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanita' e' istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanita', del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalita' idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di eta' previsti dal comma 1 dell'art. 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui

all'art.1-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 199, n. 502, come introdotto dall'art.13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e' sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanita', sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicita' dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento e' emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuita' elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualita' delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi gia' autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualita' delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (Abrogato).

6. (Abrogato).

7. (Abrogato).

8. Le unita' sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attivita' specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attivita' ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneita', nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanita' di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalita' per lo svolgimento dei giudizi di idoneita'. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilita' operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilita' interaziendale, nonche' i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'art. 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale e' prodotto dall'interessato, durante il periodo di validita' della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.

9. (Abrogato).»

- Il decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196 reca: «Codice in materia protezione dei dati personali».

- Si riporta il testo del comma 9 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dal presente decreto legislativo:

«9. E' istituita la struttura tecnica interregionale per

la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, e' costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine e' autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003».

Art. 2.

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

1. All'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1, dopo la lettera m) e' aggiunta, in fine, la seguente:

«m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione.»;

b) al comma 2:

1) alla lettera a) dopo le parole: «Servizio sanitario nazionale» sono inserite le seguenti: «e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalita' stabilite dalle singole Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche e' subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilita' dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale»;

2) alla lettera b) le parole: «il servizio» sono sostituite dalle seguenti: «la dispensazione dei prodotti»;

3) dopo la lettera b) e' aggiunta la seguente:

«b-bis) provvedere a disciplinare:

1) la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attivita' del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. L'azienda unita' sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuita' tra piu' sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia piu' vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di

non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, per i pazienti residenti o domiciliati nella relativa sede, l'azienda unita' sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio puo' prevedere:

1.1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

1.2) la preparazione, nonche' la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

1.3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

1.4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui al numero 4) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio; a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;

3) la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalita' di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

4) la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalita' di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello; la partecipazione alle campagne di prevenzione puo' prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

5) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attivita' di prescrizione e diagnosi, nonche' il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

6) le modalita' con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla

spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; le modalità per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

7) i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui alla presente lettera;

8) la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui alla presente lettera; »;

4) alla lettera c) le parole da: «, e le modalità di collaborazione» fino a: «di informazione e di educazione sanitaria» sono soppresse;

5) dopo la lettera c) sono aggiunte, in fine, le seguenti:

«c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

c-ter) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis); gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.».

Note all'art. 2:

- Si riporta il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 8 (Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali). - 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi

collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riconsiderazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unita sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le

unita' sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attivita' e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attivita' del distretto;

g) disciplinare le modalita' di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attivita' del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'art. 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;

i) regolare la partecipazione di tali medici a societa', anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilita' di stabilire specifici accordi con i medici gia' titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalita' e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalita' con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unita' sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'art.11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione.

1-bis. Le aziende unita' sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attivita' di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attivita' della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attivita', i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a

tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche è subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b

) per la dispensazione dei prodotti di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

b-bis) provvedere a disciplinare:

1) la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera

scelta. L'azienda unita' sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuita' tra piu' sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia piu' vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, per i pazienti residenti o domiciliati nella relativa sede, l'azienda unita' sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio puo' prevedere:

1.1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

1.2) la preparazione, nonche' la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

1.3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;

1.4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui al numero 4) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;

3) la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalita' di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

4) la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalita' di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello; la partecipazione alle campagne di

prevenzione puo' prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

5) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attivita' di prescrizione e diagnosi, nonche' il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;

6) le modalita' con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonche' ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; le modalita' per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia protezione dei dati personali e in base a modalita', regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

7) i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attivita' di cui alla presente lettera;

8) la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attivita' di cui alla presente lettera;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalita' di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonche' l'individuazione di modalita' differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b);

c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attivita' da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12

dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

c-ter)fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalita' e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis); gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalita' sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici e' data facolta' di optare per il mantenimento della posizione assicurativa gia' costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma e' valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalita' sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanita' e' istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanita', del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalita' idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di eta' previsti dal comma 1 dell'art. 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'art.15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'art. 13 del

decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e' sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanita', sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attivita' sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicita' dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento e' emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuita' elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualita' delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi gia' autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualita' delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (Abrogato).

6. (Abrogato).

7. (Abrogato).

8. Le unita' sanitarie locali, in deroga a quanto

previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attivita' specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attivita' ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneita', nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanita' di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalita' per lo svolgimento dei giudizi di idoneita'. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilita' operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilita' interaziendale, nonche' i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale e' prodotto dall'interessato, durante il periodo di validita' della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.»

Art. 3.

Accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private

1. All'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, dopo il comma 9 sono inseriti i seguenti:

«9-bis. La struttura di cui al comma 9, fermo restando il limite di autorizzazione di spesa ivi indicato, rappresenta la delegazione

di parte pubblica anche per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul quale e' sentita la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani, e' disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo al predetto accordo.

9-ter. Nel rinnovo degli accordi nazionali di cui ai commi 9 e 9-bis, per gli aspetti riguardanti la collaborazione interprofessionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, sono congiuntamente sentite la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.».

Note all'art. 3:

- Si riporta il testo dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 4 (Assistenza sanitaria). - 1. Il Governo determina, con effetto dal 1° gennaio 1992, i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformita' sul territorio nazionale nonche' gli standard organizzativi e di attivita' da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992. Il provvedimento e' adottato, ai sensi dell'art. 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed emanato a' termini dell'art. 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, sulla base dei seguenti limiti e principi:

a) i livelli di assistenza sanitaria sono definiti nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalita' di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente;

b

) gli standard organizzativi e di attivita' sono determinati a fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento e non costituiscono vincolo organizzativo per le regioni e le unita' sanitarie locali;

c) il parametro capitaro per ciascun livello di assistenza e' finanziato in rapporto alla popolazione residente. La mobilita' sanitaria interregionale e' compensata in sede nazionale;

d) per favorire la manovra di rientro e' istituito, nell'ambito delle disponibilita' del Fondo sanitario nazionale, un fondo di riequilibrio da utilizzarsi per sostenere le regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento;

e) in ogni caso e' garantita la somministrazione gratuita di farmaci salvavita ed il regime di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria prevista dalle leggi vigenti. La verifica dell'andamento della spesa ed il rispetto dell'uniformita' delle prestazioni e' effettuata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. I risultati della verifica sono trasmessi al Parlamento al 31 luglio ed al 31 dicembre, anche ai fini dell'adozione di eventuali misure correttive.

2. Le regioni, con apposito provvedimento programmatico di carattere generale anche a stralcio del piano sanitario

regionale, possono dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto per la specialistica esterna e con le case di cura e rideterminare il fabbisogno di attività convenzionate necessarie per assicurare i livelli obbligatori uniformi di assistenza, nel rispetto delle indicazioni di cui agli articoli 9 e 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le convenzioni possono essere stipulate anche con istituzioni sanitarie private gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni poliambulatoriali, di laboratorio generale e specialistico in materia di analisi chimico-cliniche, di diagnostica per immagini, di medicina fisica e riabilitazione, di terapia radiante ambulatoriale, di medicina nucleare in vivo e in vitro. Dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza sanitaria di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera.

3. Le regioni sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di day hospital, conservando alle unità operative che vi confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alle patologie di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali.

4. A decorrere dal 1° gennaio 1992, la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica del 40 per cento è elevata al 50 per cento con arrotondamento alle cinquecento lire superiori; la quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche è determinata in lire 3.000 e in lire 1.500 per le confezioni a base di antibiotici e per i prodotti in fleboclisi e in confezione monodose. Tale quota è dovuta da tutti i cittadini, esclusi i pensionati esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito e gli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, nonché, ai sensi dell'articolo 5 della legge 3 aprile 1958, n. 474, i grandi invalidi per servizio. La quota di partecipazione alla spesa per le prestazioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e per le prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione è determinata nella misura del 50 per cento. A decorrere dal 1° gennaio 1992, per ciascuna ricetta relativa a prestazioni sanitarie, esclusi i ricoveri, diverse da quelle farmaceutiche, è dovuta una quota fissa di lire 3.000 da corrispondere, all'atto della prestazione, dagli assistiti non esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria. È soppresso l'ultimo periodo del comma 4 dell'art. 5 della legge 29 dicembre 1990, n. 407, e il limite massimo di partecipazione alla spesa per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio e per prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione è fissato in lire 70.000 per prescrizioni contemporanee di ciascuna branca specialistica oltre al pagamento della quota fissa per singola ricetta; la quota di partecipazione alla spesa per le cure termali è determinata nella misura del 50 per cento delle tariffe convenzionate con il limite massimo di lire 70.000 per ciclo di cura; il limite massimo

di partecipazione alla spesa farmaceutica e' fissato in lire 50.000 per ricetta oltre al pagamento della quota fissa per singola prescrizione. Le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico delle specialita' medicinali in prontuario terapeutico sono fissate per i grossisti al 7,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA); per i farmacisti al 25,5 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA. A decorrere dal 1° gennaio 1992 i prezzi delle specialita' medicinali collocate nelle classi di cui all'articolo 19, comma 4, lettere a) e b), della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ridotti delle seguenti misure percentuali: specialita' medicinali con prezzo fino a lire 15.000: 1 per cento; specialita' medicinali con prezzo da lire 15.001 a lire 50.000: 2 per cento; specialita' medicinali con prezzo superiore a lire 50.000: 4 per cento. La riduzione non si applica ai prezzi delle specialita' medicinali determinati con il metodo di cui al provvedimento del CIP n. 29 del 1990, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 238 dell'11 ottobre 1990, ai prezzi dei farmaci di cui alla parte A dell'allegato alla direttiva 87/22/CEE del Consiglio, del 22 dicembre 1986, ed inclusi nell'art. 10, comma 2, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, ed a quelli di biotecnologia da DNA ricombinante. Per le cessioni effettuate dalle farmacie i nuovi prezzi si applicano al quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del relativo provvedimento del CIP. Nel 1992 non si da' luogo all'ammissione nel prontuario di nuove specialita' che rappresentino modifiche di confezione o di composizione o di forma o di dosaggio di specialita' gia' presenti nel prontuario e che comportino un aumento del costo per ciclo terapeutico. Le ricette a carico del Servizio sanitario nazionale per prescrizioni o prestazioni con prezzo superiore a lire 100.000 sono sottoposte a controllo, anche con riscontri presso gli assistiti, adottando il codice fiscale come numero distintivo del cittadino, incrociando i dati di esenzione con quelli fiscali e previdenziali e inserendo gli esenti per reddito nelle verifiche fiscali a cura dell'amministrazione finanziaria, adottando metodiche che permettano l'evidenziazione delle ricette per gli esenti, formalizzando e pubblicizzando gli indicatori di consumo di farmaci di esenzione per cittadino e di consumo dei farmaci per giornata di degenza per le distinte unita' operative ospedaliere, riorganizzando le farmacie ospedaliere e procedendo agli acquisti di farmaci solo attraverso normali gare di appalto, adottando la numerazione progressiva sui bollini autoadesivi delle specialita' medicinali ed effettuando dall'interno dell'Osservatorio dei prezzi e delle tecnologie il controllo incrociato tra i dati delle forniture farmaceutiche industriali per regione e i dati di liquidazione alle farmacie, con le seguenti azioni repressive, anche a cura dei carabinieri dei Nuclei antisofisticazione e sanita', in caso di accertate anomalie di danno del Servizio sanitario nazionale, restando attribuiti alla responsabilita' regionale gli ulteriori ritardi nella adozione generalizzata della lettura ottica delle prescrizioni mediche e la conseguente mancata attivazione delle Commissioni professionali di verifica previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni; gli amministratori straordinari sono responsabili della piena

attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5, comma 6, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, relative alle sanzioni a carico dei cittadini e dei medici che fanno uso abusivo delle esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria. I comuni e le unita' sanitarie locali sono tenuti a rendere disponibili per la consultazione pubblica gli elenchi dei soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per motivi di reddito.

5. In caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi di cui al comma 1 non compensata da minori spese in altri settori, le regioni decidono il ricorso alla propria e autonoma capacita' impositiva ovvero adottano, in condizioni di uniformita' all'interno della regione, le altre misure previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41.

6. In deroga alla normativa vigente, e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalita' di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalita' giuridica, consorzi e societa' di servizi.

7. Con il Servizio sanitario nazionale puo' intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto e' incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale e' altresì incompatibile con l'esercizio di altre attivita' o con la titolarita' o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso. L'accertamento delle incompatibilita' compete, anche su iniziativa di chiunque vi abbia interesse, all'amministratore straordinario della unita' sanitaria locale al quale compete altresì l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Le situazioni di incompatibilita' devono cessare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. A decorrere dal 1° gennaio 1993, al personale medico con rapporto di lavoro a tempo definito, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, e' garantito il passaggio, a domanda, anche in soprannumero, al rapporto di lavoro a tempo pieno. In corrispondenza dei predetti passaggi si procede alla riduzione delle dotazioni organiche, sulla base del diverso rapporto orario, con progressivo riassorbimento delle posizioni soprannumerarie. L'esercizio dell'attivita' libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale e' compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche al personale di cui all'art. 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Per detto personale all'accertamento delle incompatibilita' provvedono le autorita' accademiche competenti. Resta valido quanto stabilito dagli articoli 78, 116 e 117, D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384. In sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'articolo 48, L. 23 dicembre 1978, n. 833, e' definito il campo di applicazione del principio di unicita' del rapporto di

lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali.

8. E' abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unita' sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonche' degli enti di cui all'articolo 41, secondo comma, legge 23 dicembre 1978, n. 833 e degli enti ospedalieri di cui all'articolo 1, comma 13, del decreto-legge 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 1991, n. 111. Limitatamente agli atti delle unita' sanitarie locali e dei sopracitati enti ospedalieri riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo e' assicurato direttamente dalla regione, che e' tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, e' esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'art. 18, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, e' modificato in quaranta giorni.

9. E' istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, e' costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine e' autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003.

9-bis. La struttura di cui al comma 9, fermo restando il limite di autorizzazione di spesa ivi indicato, rappresenta la delegazione di parte pubblica anche per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale per le farmacie pubbliche e private. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sul quale e' sentita la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani, e' disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo al predetto accordo.

9-ter. Nel rinnovo degli accordi nazionali di cui ai commi 9 e 9-bis, per gli aspetti riguardanti la collaborazione interprofessionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, sono congiuntamente sentite la Federazione degli Ordini dei

farmacisti italiani e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

10. Le tariffe relative alle prestazioni di cui all'art. 7 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono rideterminate, a decorrere dal 1° gennaio 1992, con riferimento alle tariffe vigenti nell'anno 1981 incrementate della variazione percentuale dell'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati intervenuta tra il 1981 e 1991; la rideterminazione deve comunque comportare un incremento delle tariffe non inferiore al 70 per cento di quelle vigenti al 31 dicembre 1991. A partire dall'esercizio finanziario 1992, le somme di cui all'art. 69, primo comma, lettere b), c) ed e), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono trattenute dalle unità sanitarie locali, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, per essere totalmente utilizzate ad integrazione del finanziamento di parte corrente.

11. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, le misure del 20 per cento, del 10 per cento e del 5 per cento, di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, sono sostituite, rispettivamente, dal 28 per cento, dal 14 per cento e dal 7 per cento. Per il finanziamento degli oneri a carico dei rispettivi bilanci conseguenti alle riduzioni disposte dal predetto articolo 19, le regioni e le province autonome possono assumere mutui con istituti di credito nel rispetto dei limiti massimi previsti dai rispettivi statuti e dalle vigenti disposizioni.

12. Quanto disposto dall'art. 2, comma 6, della legge 28 luglio 1989, n. 262, non si applica nei confronti delle istituzioni ed enti, non aventi fini di lucro, che erogano prestazioni di natura sanitaria direttamente o convenzionalmente sovvenzionate dallo Stato, dalle regioni o dalle unità sanitarie locali.

13. Le regioni a statuto ordinario per le esigenze di manutenzione straordinaria e per gli acquisti delle attrezzature sanitarie in sostituzione di quelle obsolete sono autorizzate per l'anno 1992 ad assumere mutui decennali, ad un tasso di interesse non superiore a quello massimo stabilito in applicazione dell'art. 13, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1989, n. 415, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 38, per un complessivo importo di lire 1.500 miliardi; per le stesse finalità, per l'anno 1992, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché gli istituti zoo-profilattici sperimentali sono autorizzati a contrarre mutui per un importo complessivo di lire 100 miliardi. Il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delibera gli importi mutuabili da ciascuna regione, da ciascun istituto di ricovero e cura a carattere scientifico e da ciascun istituto zoo-profilattico sperimentale. Le operazioni di mutuo sono effettuate con le aziende e gli istituti di credito ordinario speciale individuati da apposito decreto del Ministro del tesoro. Ai conseguenti oneri di ammortamento valutati in lire 384 miliardi per l'anno 1993 e in lire 288 miliardi per gli anni successivi si provvede con quota parte del Fondo sanitario nazionale - parte in conto capitale - allo scopo vincolata.

14. Per le finalita' previste dal decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, gli stanziamenti di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 428, sono integrati di lire 30 miliardi, per l'anno 1991, di lire 60 miliardi per l'anno 1992 e di lire 90 miliardi per gli anni 1993 e successivi. Ai conseguenti maggiori oneri si provvede per il 1991 con quota parte delle risorse accantonate sul Fondo sanitario nazionale di parte corrente da destinare nel medesimo anno agli interventi di piano e per gli anni 1992 e successivi con quote del Fondo sanitario nazionale da vincolare alle predette finalita'.

15. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari a diretta gestione, gli ospedali classificati, gli istituti zoo-profilattici sperimentali e l'Istituto superiore di sanita' possono essere ammessi direttamente a beneficiare degli interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, su una apposita quota di riserva determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanita', previo conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in sede di definizione della disponibilita' per i mutui.

16. Nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e' costituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, una commissione tecnica per la verifica, entro il 31 luglio 1992, degli andamenti di spesa nelle distinte regioni in attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo. L'attuazione delle disposizioni e' condizione preliminare per essere ammessi alla verifica. La predetta Conferenza esamina in seduta plenaria le risultanze della verifica.

17. Per l'anno 1992, in attesa della approvazione del piano sanitario nazionale, la quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione e' fissata in una misura non inferiore al 6 per cento.

18. Dal 1° gennaio 1992 i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita. E' compito dell'amministratore straordinario della unita' sanitaria locale stabilire le modalita' piu' idonee al recupero delle somme dovute.»

Art. 4.

Disposizioni concernenti le farmacie rurali

1. All'articolo 2 della legge 8 marzo 1968, n. 221, il primo e secondo comma sono sostituiti dai seguenti:

«L'accordo collettivo nazionale di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, stabilisce i criteri da utilizzare da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la determinazione dell'indennita' di residenza prevista dall'articolo 115 del testo unico delle leggi sanitarie approvate con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, in favore dei titolari delle farmacie rurali. I predetti criteri tengono conto della popolazione della localita' o agglomerato rurale in cui e' ubicata la farmacia, nonche' di altri parametri indicatori di disagio, in relazione alla localizzazione delle farmacie, nonche' all'ampiezza del territorio servito.

Fino a quando non viene stipulato l'accordo collettivo nazionale di cui al primo comma, l'indennita' di residenza in favore dei titolari delle farmacie rurali continua ad essere determinata sulla

base delle norme preesistenti.».

Note all'art. 4:

- Si riporta il testo dell'art. 2 della legge 8 marzo 1968, n. 221, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 2. - L'accordo collettivo nazionale di cui all'art. 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, stabilisce i criteri da utilizzare da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la determinazione dell'indennità di residenza prevista dall'articolo 115 del testo unico delle leggi sanitarie approvate con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, in favore dei titolari delle farmacie rurali. I predetti criteri tengono conto della popolazione della località o agglomerato rurale in cui è ubicata la farmacia, nonché di altri parametri indicatori di disagio, in relazione alla localizzazione delle farmacie, nonché all'ampiezza del territorio servito.

Fino a quando non viene stipulato l'accordo collettivo nazionale di cui al primo comma, l'indennità di residenza in favore dei titolari delle farmacie rurali continua ad essere determinata sulla base delle norme preesistenti.

Al comune che gestisce la farmacia rurale secondo le norme stabilite dal regio decreto 15 ottobre 1925, n. 2578, ed in base alla presente legge, spetta un contributo annuo a carico dello Stato pari alla misura dell'indennità stabilita ai commi precedenti a favore dei farmacisti rurali, ridotta della quota dovuta dal comune.

Per i comuni e i centri abitati con popolazione fino a 3.000 abitanti le amministrazioni comunali hanno facoltà di concedere ai titolari delle farmacie rurali di nuova istituzione, nonché ai dispensari di cui al terzo comma dell'art. 1, i locali idonei.».

Art. 5.

Utilizzo di denominazioni e simboli

1. Al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione delle farmacie operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, l'uso della denominazione: «farmacia» e della croce di colore verde, su qualsiasi supporto cartaceo, elettronico o di altro tipo, è riservato alle farmacie aperte al pubblico e alle farmacie ospedaliere.

Art. 6.

Invarianza di oneri

1. Dalla attuazione del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 3 ottobre 2009

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 29 maggio 2009 - Approvazione della nuova tabella di riparto dei finanziamenti per l'anno 2009 relativa all'attuazione del «Piano per lo screening del cancro al seno, della cervice uterina e del colon-retto per il triennio 2007-2009» (GU n. 260 del 7-11-2009)

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali Regionali pervenuti al 13 novembre 2009, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

CALABRIA

L.R.29.10.09, n. 39 - Misure urgenti in materia di personale regionale (BUR n. 19 del 16.10.09)

PUGLIA

REG.REG.LE 26.10.09 – regolamento di disciplina dei criteri per la mobilità per passaggio diretto di personale presso la Regione Puglia (BUR n. 171 del 30.10.09)

ANZIANI

LAZIO

DD 29.9.09, n. 3036 - Legge regionale n. 53/1993 e s.m.i.. Iscrizione all'Albo delle Università della Terza Eta', "Unitre, Università delle Tre Eta" sede di Colferro, Via Nobel 1 (RM) (BUR n. 39 del 21.10.09)

BARRIERE ARCHITETTONICHE

LOMBARDIA

DGR 7.10.09, n. 8/10280 – Determinazioni in ordine all'assegnazione di contributi per interventi di eliminazione delle barriere architettoniche (L 13/89 e L.R. 61/89 (BUR n. 42 del 19.10.09)

UMBRIA

DD 3.9.099, n. 79891 – Abbattimento barriere architettoniche. Anno 2009. Impegno e liquidazione ai comuni dei finanziamenti per contributi a privati ex L.R. 19/02 e L. 13/89 b (BUR n. 47 del 21.10.09)

- La spesa complessiva è di euro 385.60,00

BILANCIO

EMILIA ROMAGNA

L.R 4.11.09, n. 14 - Rendiconto generale della regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2008 (BUR n. 181 del 4.11.09)

DIPENDENZE

VENETO

DGR 22.9.09, n. 2769 - Progetto: "Non lasciamoci con l'amaro in bocca" - Campagna formativa ed informativa sugli effetti derivanti dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche." (BUR n. 86 del 20.10.09)

EDILIZIA

PIEMONTE

D.D. 16.10.09, n. 529 - Legge n. 431/98, art.11. Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione. Ripartizione a saldo delle risorse dell'esercizio 2008 ai Comuni aderenti all'iniziativa (BUR n. 43 del 29.10.09)

ENTI LOCALI

ABRUZZO

L.R. 30.10.09 n. 24 - Misure straordinarie per gli Enti Locali.

D.GR 5.10.09 n. 561/P - L.R. 143/97 e successive modificazioni ed integrazioni: Criteri e modalità per la concessione di contributi alle Unioni di Comuni montani ed alle Unioni di Comuni non montani per l'esercizio di funzioni e/o servizi.- Programma 2009

UMBRIA

DPGR 15.10.09,n. 1 – Indizione delle elezioni dei componenti elettivi del Consiglio delle Autonomie Locali (BUR n. 47 del 21.10.09)

FAMIGLIA

LAZIO

DD 10.9.09, n. 2688 - Articolo 54 legge regionale n. 26/2007, deliberazione Giunta regionale n. 662/2008. Misure di sostegno alla genitorialità. Concessione del contributo "una tantum" di euro 500,00 in favore delle donne residenti nei comuni del Lazio per ogni figlio nato o adottato nel 2008. Impegno di euro 7.283.000,00 in favore dei comuni del Lazio. Capitolo di spesa n. H41576, esercizio finanziario 2009 (BU n. 40 del 28.10.09)

GIOVANI

VENETO

DGR 27.10.09, n. 3211 - Interventi di orientamento rivolti a giovani in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione per il 2010 – 2011 (BUR n. 91 del 6.11.09)

Note

PREMESSA

Gli interventi di orientamento rivolti a giovani in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione per il 2010 - 2011 si pongono in sostanziale continuità con le finalità delle precedenti programmazioni ma introducono alcune modifiche volte a dare maggiore efficienza al sistema regionale di orientamento.

Le linee di azione presentate nel presente provvedimento tengono in considerazione i seguenti riferimenti normativi europei, nazionali e regionali:

- *Il Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente* predisposto dalla Commissione delle Comunità Europee (30 ottobre 2000);
- le indicazioni in merito al diritto-dovere all'istruzione e alla formazione di cui alla legge n. 53 del 28 marzo 2003;
- i decreti legislativi n. 76 e n. 77 del 15 aprile 2005;
- il Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione del 22 Agosto 2007, n. 139 recante norme in materia di adempimento dell'obbligo di istruzione, ai sensi dell'articolo 1, comma 622, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il piano 2007/2008 formazione - istruzione - lavoro *Interventi regionali in materia di osservazione del mercato del lavoro, informazione e orientamento al lavoro, formazione professionale e sostegno all'occupazione*;
- la risoluzione del Consiglio europeo del 21 novembre 2008 *Integrare maggiormente l'orientamento permanente nelle strategie di apprendimento permanente*;
- le linee guida in materia di orientamento lungo tutto l'arco della vita approvate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con C.M. 43 del 15 aprile 2009.

Le indicazioni europee e nazionali contenute in tali documenti promuovono l'orientamento come processo che interessa tutto l'arco della vita delle persone e che consente a ciascun individuo di accrescere le proprie capacità di sviluppo culturale e professionale in maniera tale da poter compiere, nelle diverse fasi della vita, scelte responsabili.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Attraverso il presente provvedimento, la Giunta Regionale intende promuovere le seguenti linee di intervento:

1. attività della reti territoriali di orientamento per giovani in obbligo di istruzione e in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione;
2. attività dei Coordinamenti provinciali delle reti territoriali per l'orientamento in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione.

1. Reti territoriali di orientamento per giovani in obbligo di istruzione e in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione

Dal 2001 le Direttive Regionali in materia di orientamento hanno sostenuto lo sviluppo di azioni territoriali per l'orientamento attraverso la promozione di servizi informativi e d'orientamento con punti d'accesso a rete distribuiti nel territorio. Nel periodo compreso tra il 2002 e il 2008 attraverso i progetti di rete territoriali è stato raggiunto un numero considerevole di studenti e famiglie (gli studenti raggiunti dai progetti di orientamento in rete erano 50.000 nel 2002 e già a partire dal 2003 hanno superato i 100.000). Nell'anno 2009 sono stati finanziati 47 progetti, per un importo di € 3.420.900,00. Le reti attualmente attive sul territorio regionale comprendono un totale di circa 850 soggetti partner.

Valutando positivamente quanto realizzato fino ad oggi e considerata l'importanza di continuare a garantire servizi di orientamento di qualità per i giovani nel percorso di assolvimento dell'obbligo di istruzione e di esercizio del diritto - dovere di istruzione e formazione, si ritiene opportuno per il 2010 proseguire nelle azioni a rete che prevedano l'integrazione tra il mondo dell'istruzione e della formazione professionale attraverso specifici progetti. Tali progetti potranno essere presentati dagli enti accreditati ai sensi della L.R. n. 19 del 9 agosto 2002, nell'ambito dell'orientamento e/o nell'ambito dell'obbligo formativo utilizzando l'apposito formulario riportato nell'**allegato B** al presente provvedimento così come specificato nell'avviso di cui all'**allegato C**.

La valutazione dei progetti di orientamento per giovani in obbligo di istruzione e in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione, di cui alla presente linea di intervento, sarà effettuata da un apposito nucleo di valutazione designato dal Dirigente della Direzione Regionale Lavoro.

Per la realizzazione delle attività previste da questa linea di intervento si propone di assegnare le seguenti risorse pari a € 1.680.000,00 a valersi sul capitolo 100638 e € 1.250.000,00 a valersi sul capitolo 100639.

2. Coordinamenti provinciali delle reti territoriali per l'orientamento in diritto - dovere all'istruzione e alla formazione

Con la delibera n. 834 del 31 marzo 2009 la Giunta Regionale del Veneto ha promosso la costituzione e la stabilizzazione dei Coordinamenti provinciali delle reti per il diritto-dovere all'istruzione e alla formazione e ha erogato loro un finanziamento per lo svolgimento di attività fino a luglio 2010.

Avendo verificato l'utilità dei Coordinamenti provinciali nel contatto con le reti di scuole e per la realizzazione di attività di comunicazione, monitoraggio e supporto ad AROF, con il presente provvedimento si propone di rifinanziare le attività dei Coordinamenti così come specificate nell'**allegato A** al presente provvedimento per il periodo agosto 2010 - luglio 2011.

I referenti dei Coordinamenti in ciascuna provincia saranno individuati dalla Direzione Regionale Lavoro sulla base delle indicazioni pervenute dai proponenti dei progetti che perverranno di cui alla precedete linea di intervento.

Per la realizzazione delle attività previste da questa linea di intervento si propone di assegnare ai soggetti referenti dei Coordinamenti provinciali uno specifico finanziamento complessivo di € 290.000,00 a valersi per la somma di € 210.000,00 sul capitolo 100638 e € 80.000,00 sul capitolo 100639 del bilancio corrente.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

PIEMONTE

DGR 2.11.09, n. 50-12480 - Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte (BUR n. 44 del 5.11.09)

Note

PREMESSA

Il Piemonte, con una attenta e puntale normativa ha posto in essere un sistema integrato di welfare che sul fronte sanitario e sul fronte sociale si connota ormai con la definizione di specifiche competenze istituzionali e funzionali che fanno capo alle AUSL per ciò che concerne la organizzazione dell'offerta dei servizi sanitari, ed ai Consorzi sociali per ciò che concerne l'offerta dei servizi sociali.

Il "crinale" socio-sanitario rappresenta comunque il livello strategico assolutamente in cui confluiscono sia le prestazioni sociali a rilievo sanitario, sia le prestazioni sanitarie a rilievo sociale, così come indicato dalla normativa vigente.

Si illustrano di seguito le determinazioni che la Regione Piemonte ha adottato in merito, e che possono costituire un valido riferimento per le modalità dell'offerta del Servizio Sociale nel contesto del sistema sanitario.

INTRODUZIONE NORMATIVA

* Il Decreto Legislativo 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421" e il Decreto Legislativo 229/1999 "Norme per la

razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998 n.419" definiscono le prestazioni socio sanitarie ed assegnano alle Regioni il compito di regolamentare attraverso i Piani sanitari, sociali e/o socio sanitari la gestione integrata dei servizi.

* In particolare il Decreto Legislativo 229/1999, denominato anche Riforma-ter della Sanità, definisce, nell'art. 3-septies, "prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione."

* La Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede l'integrazione dei servizi attraverso una programmazione regionale, che tenga conto delle priorità locali, al fine di operare le scelte più adatte ad affrontare in modo integrato i fattori sanitari e sociali inerenti la salute. Altresì, traccia il nuovo quadro di riferimento del sistema dei servizi sociali e fa dell'integrazione il perno attorno al quale esso si sviluppa: gli obiettivi di benessere, di socializzazione, di salute possono essere perseguiti solo con l'azione convergente di più politiche ed azioni ed assegnando alla politica ed ai servizi sociali una funzione di collegamento e di integrazione tra queste.

* Il DPCM del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" ha il merito di aver spostato l'ottica dell'integrazione dal livello economico finanziario a quello degli assetti istituzionali, della programmazione condivisa e degli obiettivi-risultati, interpretando l'integrazione socio-sanitaria come elemento fondante della positività di un sistema di servizi alla persona, in cui siano presenti: l'adozione di assetti organizzativi di tipo aziendale, che evidenzino l'efficacia di azioni integrate tra sistemi, una pianificazione delle attività con un corretto uso delle risorse umane e finanziarie; introduzione dei processi valutativi sugli esiti ed infine ricerca della qualità, dell'efficacia e della appropriatezza delle prestazioni.

* La Legge Regionale n. 1 dell'08.01.2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", recepisce le suddette norme nazionali e regola le attività socio-sanitarie integrate.

* La Legge Regionale n. 18 del 06.08.2007, "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario art. 2 comma 1 ribadisce: " la programmazione socio sanitaria della Regione assicura, in coerenza con i principi di cui al D.lgs 502/92 ed alla Legge 328/00, lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale".

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010 (P.S.S.R.), D.C.R. n.137-40212 del 24.10.2007, riconosce che "la perdita del livello di salute è determinata in modo sempre più evidente dalla interrelazione di fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali. La collocazione sociale influenza non solo l'insorgenza dello stato di malattia determinandone la frequenza e la gravità, ma anche il decorso e il suo esito. La necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità ed assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, che si coniugano all'aumento e sviluppo delle malattie croniche degenerative, associate prevalentemente alla condizione anziana, ma ben presenti anche tra gli adulti ed i giovani. (...) L'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatica delle scelte di fondo per potersi articolare nell'organizzazione nei punti di maggiore criticità (...). La volontà dell'integrazione non deve solo dichiararsi negli atti di programmazione, ma deve ritrovarsi nelle scelte operative, mettendo in comune (tra sociale e sanitario) risorse ed individuando responsabilità per permettere ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione di interventi integrati".

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La Regione Piemonte a tal fine ha emanato negli anni indirizzi e disposizioni per l'attivazione di interventi e modelli volti a realizzare l'integrazione socio-sanitaria.

Tali indicazioni riguardano in particolare le politiche e le strategie relative a:

- anziani
- minori

- adulti in difficoltà.

Altresì la Regione Piemonte considera prioritarie e strategiche la programmazione e la progettazione, attraverso azioni coordinate tra le Aziende Sanitarie Regionali (ASR) e i Soggetti Gestori delle attività socio-assistenziali, di servizi sempre più adeguati alle differenti e complesse necessità, anche in considerazione del costante e continuo aumento della domanda di assistenza sociosanitaria a favore di soggetti fragili, attraverso una diversificazione delle risposte ai loro bisogni socio-sanitari, come si evince dagli atti normativi, nei vari ambiti di intervento.

IL GRUPPO DI LAVORO

Con determinazione n. 477 del 30.07.2008, la Regione Piemonte - Direzione Sanità - ha istituito un Gruppo di Lavoro con la finalità di individuare proposte organizzative appropriate nell'organizzazione dei Servizi Sociali delle Aziende Sanitarie Regionali, riconoscendo tali Servizi tra i garanti dell'integrazione degli interventi socio sanitari in rete nel rispetto della L.R. 18/2007 e P.S.S.R. 2007-2010.

Il Gruppo ha provveduto sia alla mappatura ed analisi dell'attuale organizzazione dei Servizi Sociali Professionali nelle A.S.R sia all'analisi della rete dei Servizi Sociali Professionali esistenti, soprattutto in relazione alla recente riorganizzazione territoriale delle A.S.R. stesse.

Dall'analisi dei questionari, inviati dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali delle ASR, emerge che l'organizzazione attuale dei Servizi Sociali delle A.S.R. è disomogenea e carente sia a livello territoriale sia ospedaliero.

Il Gruppo, in ottemperanza al suo mandato, ha formulato una proposta organizzativa di Servizio Sociale Professionale in Sanità da ora definito Servizio Sociale Aziendale.

LA PROPOSTA DI SERVIZIO SOCIALE AZIENDALE

La Regione Piemonte, in base alla normativa sopraccitata e al Documento di cui sopra, riconosce un Servizio Sociale, la cui mission è l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, che si traduce in qualità ed economicità di sistema.

Pertanto, il Servizio Sociale Aziendale al fine di garantire la funzionalità dell'intero sistema di governo aziendale e la tutela dei cittadini nell'ambito di appropriati percorsi socio sanitari.

deve svolgere le seguenti funzioni:

- consulenza e supporto professionale trasversale a tutti i Dipartimenti dell'Azienda;
- gestione ed organizzazione di risorse umane, strutturali, economiche;
- promozione di strategie per l'integrazione fra il sistema sanitario e sociale aziendale e il sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori;
- raccordo con le Rappresentanze Locali e del Terzo Settore;

Il Servizio Sociale Aziendale, riconosciuto organizzativamente e funzionalmente dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Regionali, concorre al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione strategica aziendale, permettendo di valorizzare le funzioni attualmente svolte dagli Assistenti Sociali della Sanità piemontese, a garanzia:

- della funzionalità dell'intero sistema di governo aziendale,
- della tutela dei cittadini per garantire appropriati percorsi socio sanitari.

Il riconoscimento del Servizio Sociale Aziendale, concorre:

- a) alla necessità di creare nuovi modelli di governo delle reti del Welfare sanitario, socio sanitario e sociale, nel quale il cittadino rappresenta il punto di riferimento di tutta l'organizzazione dei servizi;
- b) all'integrazione tra sociale, socio-assistenziale e sanitario, attraverso la messa in rete delle risorse come risposta alla complessità delle problematiche espresse dall'utenza;
- c) all'esigenza di promuovere un uso sempre più efficiente delle risorse sanitarie, sociali e del Terzo Settore;
- d) alla promozione, realizzazione e valutazione di progetti di ricerca e innovazione dei processi assistenziali socio sanitari;
- e) allo sviluppo di sperimentazioni organizzativo – gestionali nelle realtà locali e regionali;
- f) alla promozione, in accordo con il Servizio Qualità, degli indicatori specifici per l'analisi della

qualità dei percorsi socio sanitari.

GLI OBBLIGHI DELLE AZIENDE

Le Aziende Sanitarie Regionali devono provvedere, per le finalità di integrazione sociosanitaria previste dalle succitate normative nazionali e regionali, a istituire il Servizio Sociale Aziendale, cui verranno affidati i compiti di cui alle sottoindicate aree di intervento:

1. Area Organizzativo-Progettuale

- concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali in coerenza con i principi professionali,
- promuove l'innovazione e l'attuazione di modelli organizzativi assistenziali,
- definisce metodologie di lavoro, linee guida e protocolli operativi, specifici per la propria area professionale;
- collabora all'individuazione di un sistema di indicatori sociali per l'analisi della qualità assistenziale,
- partecipa a definire sistemi di valutazioni della qualità dei servizi, per quanto di competenza,
- partecipa all'uso appropriato delle risorse nell'ottica del contenimento dei costi,
- individua le criticità organizzative relativamente al proprio ambito professionale,
- collabora, per quanto di competenza, alla valutazione delle prestazioni professionali,
- propone e ricerca modelli di intervento basati sull'integrazione interprofessionale ed interaziendale tra Ospedale e Territorio,
- mette in rete, attraverso interventi integrati e sinergici, le risorse territoriali.

2. Area Tecnico-Operativa

- collabora e concorre ad informare gli utenti relativamente ai diritti di cittadinanza e alla fruizione dei servizi socio-sanitari-assistenziali esistenti,
- valuta i bisogni sociali ed assistenziali dei cittadini nel contesto sanità,
- favorisce l'attivazione di percorsi finalizzati all'accompagnamento e alla tutela delle persone in difficoltà,
- concorre alla presa in carico della persona, accompagnandola nel percorso socio sanitario,
- partecipa a predisporre progetti d'intervento, individuale o di gruppi sociali, relativamente a situazioni che richiedano una cultura multidisciplinare e multiculturale nei processi di prevenzione, cura, riabilitazione e di continuità assistenziale,
- collabora con il Volontariato e il Terzo Settore, attivando reti sociali formali ed informali, per interventi individuali e per progetti di sensibilizzazione della comunità, favorendo iniziative di educazione alla salute e promozione di nuovi stili di vita.

3. Area Ricerca e Formazione

- elabora gli strumenti necessari per la raccolta dati e la modulistica inerente il Servizio Sociale Aziendale,
- sviluppa e gestisce sistemi di valutazione dei bisogni formativi per il personale del Servizio Sociale Aziendale,
- partecipa all'attività di progettazione e formazione con l'Area della Formazione Aziendale,
- promuove la collaborazione con l'Università per l'organizzazione e la supervisione delle attività di tutoraggio ai corsi di laurea, di primo e secondo livello e ai master per le professioni sociali,
- svolge attività di formazione e di docenza,
- concorre e collabora a progetti di ricerca,
- individua la progettazione e la formazione congiunta con i Comuni/Enti Gestori titolari delle funzioni socio assistenziali.

IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

Tale modello organizzativo è praticabile in virtù dei precedenti provvedimenti amministrativi, quale la D.G.R. 1- 10802 del 18.02.2009, che consentono, pur in presenza di vincoli per le assunzioni, il reperimento di personale qualificato inquadrato nel ruolo tecnico.

Nell'identificare la soluzione organizzativa ritenuta più confacente alle specifiche esigenze aziendali deve comunque essere assicurata la creazione di una struttura operativa dedicata, che preveda l'identificazione di un Assistente Sociale responsabile.

Per consentire l'applicazione del modello organizzativo, le Aziende Sanitarie Regionali dovranno comunque garantire al Servizio Sociale Aziendale:

- l' assistente sociale responsabile
- le risorse professionali,
- le risorse tecnico-strumentali e amministrative.

La funzione di assistente sociale responsabile prevede il conferimento dell'incarico della posizione organizzativa. Tale responsabilità deve essere affidata prioritariamente ad Assistenti Sociali inquadrati nella categoria DS; costituisce titolo preferenziale aver esercitato la funzione di Coordinamento da almeno tre anni nelle Aziende Sanitarie Regionali.

Il Responsabile garantisce l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale ed assicura il raggiungimento degli obiettivi secondo le linee strategiche aziendali.

Pertanto le Aziende sanitarie regionali dovranno presentare progetti organizzativi alla Direzione Sanità, entro il 30 novembre 2009, corredati dell'analisi dei costi sostenuti e da sostenere per il funzionamento del Servizio. I progetti verranno sottoposti a valutazione della sopraccitata Direzione e se approvati, entro il 31 dicembre 2009, dovranno esser inseriti nell'aggiornamento relativo all'anno 2010 del Piano di Rientro e Riequilibrio 2008-2010.

IL RAPPORTO CON LA RETE SOCIALE

Il Servizio Sociale Aziendale mette in rete, attraverso interventi integrati, le proprie risorse con quelle dei Servizi sociali degli Enti Gestori delle funzioni sociali e socio-assistenziali, in un'ottica di sviluppo delle comunità locali, allo scopo di contribuire alla piena realizzazione qualitativa dei processi sanitari e sociali, rappresentando il punto di riferimento e coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria.

Si rende quindi necessario organizzare un Servizio Sociale in rete, che possa attivare i processi di integrazione socio-sanitaria atti a garantire continuità assistenziale ai cittadini, offrendo risposte efficaci ed efficienti alle loro problematiche sociali, che emergono quotidianamente, sia all'interno che all'esterno dei Servizi Sanitari della Regione Piemonte

Il collegamento tra la Regione Piemonte e i Servizi Sociali Aziendali è garantito dalla costituenda Rete Regionale dei Servizi Sociali della Sanità piemontese.

La suddetta Rete:

- * sarà strumento di monitoraggio del modello proposto;
- * avrà tra gli obiettivi l'individuazione e la declinazione delle competenze del Servizio Sociale nel Sistema Sanitario, in base alla normativa relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA),
- * concorrerà all'individuazione di azioni e strategie per le finalità del Piano Sanitario Regionale relativamente ai temi della continuità assistenziale, continuità ospedale-territorio e il lavoro sociale di rete.

La Rete Regionale dei Servizi Sociali della Sanità piemontese per altro trova già naturalmente il proprio raccordo con le altre professioni del Sistema Sanità, in quanto la comunità professionale è rappresentata nella Rete Regionale delle Professioni Sociali e Sanitarie.

LE SCADENZE

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali dovranno presentare, per la valutazione regionale, il Progetto organizzativo relativo all'istituzione del Servizio Sociale Aziendale o alla rideterminazione della dotazione organica, entro il 30 novembre 2009 .

I progetti approvati dovranno essere inseriti nell'aggiornamento relativo all'anno 2010 del PRR 2008-2010;

INTERVENTI ASSISTENZIALI

PIEMONTE

D.D. 30.9.09, n. 563 - Sussidio regionale a favore dei cittadini affetti dal morbo di Hansen.
Impegno di euro 10.000,00 sul Cap. 161301 del Bilancio 2009 8(BUR n. 43 del 29.10.09)

ISTRUZIONE

CAMPANIA

DGR 15.10.09, n. 1567 - DGR n. 1367 del 28/08/2008 recante "Una Comunità, una scuola di qualità. Il Progetto Educational Quality Facilities (EQF) - POR FESR 2007/13" - Modifica. Con allegato (BUR n. 67 del 2.11.09)

DGR 25.9.09, n. 1496 - Diritto allo Studio - Interventi per l'acquisto e il comodato d'uso dei libri di testo per gli alunni appartenenti alle fasce deboli - Anno Scolastico 2009/2010 (BUR n. 68 del 9.11.09)

PIEMONTE

D.D. 16.10.09, n. 559 - Affidamento incarico al Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino relativo all'analisi della diffusione e delle principali caratteristiche del bullismo scolastico. Impegno di spesa Euro 58.000,00 (o.f.i.) Cap. 127764/2009.(BUR n. 44 del 5.11.09)

L.R 5.11.09, n. 63 - Modifiche alla legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro), in materia di obbligo di istruzione e di servizi per l'infanzia (BUR n. 45 dell.11.11.09)

LAVORO

VENETO

DGR 29.9.09, n. 2906 - Promozione dell'organizzazione e gestione della salute e sicurezza nelle aziende del Veneto. Approvazione progetto e impegno di spesa (BUR n. 88 del 27.10.09)

DGR 29.9.09, n. 2901 - Tutela della salute delle lavoratrici madri. Linee di indirizzo per l'applicazione del D.Lgs. 151/2001. Approvazione (BUR n. 88 del 27.10.09)

DGR 27.10.09, n. 3214 - Piano annuale per gli interventi di orientamento per adulti per l'anno 2010 (BUR n. 91 del 6.11.09)

Note

PREMESSA

La Regione del Veneto propone annualmente interventi di orientamento differenziati per specifiche categorie di utenza. Il presente intervento è rivolto a persone adulte svantaggiate che, per motivazioni diverse, hanno la necessità di migliorare le loro competenze non solo sul versante professionale, ma anche su quello della piena realizzazione della persona e dei diritti di cittadinanza.

Il presente provvedimento tiene conto dei seguenti riferimenti normativi:

- il piano 2007/2008 formazione - istruzione - lavoro *Interventi regionali in materia di osservazione del mercato del lavoro, informazione e orientamento al lavoro, formazione professionale e sostegno all'occupazione;*
- la risoluzione del Consiglio europeo del 21 novembre 2008 *Integrare maggiormente l'orientamento permanente nelle strategie di apprendimento permanente;*
- le linee guida in materia di orientamento lungo tutto l'arco della vita approvate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca con C.M. 43 del 15 aprile 2009.

La Regione del Veneto considera prioritaria la creazione di reti di soggetti che contribuiscono, ciascuno con le proprie competenze a far fronte ai bisogni orientativi dei destinatari. Fin dal 2002 sono state finanziate azioni a rete in tutte le Province del Veneto, proposte inizialmente dai soli Comuni e successivamente da una pluralità di soggetti locali. Nel 2009 sono stati finanziati 23

progetti gestiti da un partenariato comprendente enti di formazione, enti locali, associazioni di categoria ed istituti scolastici che stanno rivolgendo la loro azione verso quasi 8.000 destinatari.

Sono approvate le Linee guida per gli interventi di orientamento per adulti per l'anno 2010, **allegato A** al presente provvedimento (a cui si rinvia);

Sono altresì approvati:

- il formulario per la presentazione dei progetti di cui all'**allegato B**;

- l'Avviso di cui all'**allegato C**, da pubblicare nel B.U.R.V. e di stabilire che i progetti, corredati - ove previsto- da domanda in bollo, devono pervenire, a pena di esclusione, alla Direzione Regionale Lavoro - Servizio Formazione Continua, Orientamento e Progetti Speciali - Cannaregio 23, 30121 Venezia, entro e non oltre 25 (venticinque) giorni dalla pubblicazione nel B.U.R.V. I progetti possono essere inviati a mezzo raccomandata A.R. o consegnati a mano e devono comunque pervenire entro le ore 13.00 della scadenza sopra indicata.

DGR 27.10.09, n. 3209 - Alternanza Scuola Lavoro e Alternanza Scuola Lavoro in Impresa Formativa Simulata: azioni di sistema rivolte al mondo della scuola. Anno scolastico 2009-2010 (BUR n. 92 del 10.11.09)

Note

PREMESSA

Una delle novità di maggior rilievo introdotte dalla legge delega 23 marzo 2003, n. 53 è costituita dall'art. 4 che consente a tutti gli studenti che abbiano compiuto il 15° anno di età la possibilità di realizzare i corsi del secondo ciclo in regime di alternanza scuola-lavoro. Fino ad allora l'applicazione dello studente nel contesto aziendale era un'attività aggiuntiva rispetto al normale curriculum scolastico, con un valore puramente formativo e orientativo, non di rado posta in essere per offrire un modello più appetibile per gli alunni in difficoltà, i quali sarebbero stati altrimenti indotti ad abbandonare il percorso scolastico. L'unica eccezione erano i percorsi di apprendistato. Invece il modello proposto dall'art. 4 della legge 53/2003 ha una grande portata innovativa in quanto:

- supera la tradizionale separazione tra momento formativo e momento applicativo, secondo la logica dell' "imparar facendo", consentendo in tal modo di trasformare il sapere in fattore diretto di produzione;
- rende la pratica aziendale non è più aggiuntiva, bensì sostitutiva di una parte del curriculum scolastico;
- genera spazi per la cooperazione tra le istituzioni scolastiche e formative, la comunità locale, le imprese, le camere di commercio, industria e artigianato e altri soggetti pubblici e privati secondo un modello ispirato ai principi della sussidiarietà orizzontale;
- promuove una cultura dell'integrazione tra sistemi e una forte collaborazione tra istituzioni resa necessaria dall'idea di una positiva interazione tra politiche economiche, sociali e del lavoro, dal legame sempre più stretto e significativo tra sistema formativo e politiche del lavoro;
- stabilisce che il percorso formativo sia progettato congiuntamente dall'azienda e dall'istituzione scolastica, anche se quest'ultima conserva comunque un ruolo centrale nella gestione dell'intero percorso.

Il legislatore ha adottato un modello integrato, che fa perno sul sistema scolastico, piuttosto che duale, proprio, ad esempio, della Germania, secondo cui le imprese gestiscono parte della formazione, all'interno di regole pubblicistiche.

L'alternanza va considerata come un percorso formativo a cui si accede non per scelta residuale ma perché risponde ai bisogni individuali di formazione e ai diversi stili cognitivi. Non è quindi un percorso di recupero limitato a taluni indirizzi, bensì una metodologia didattica innovativa che valorizza l'aspetto formativo dell'esperienza pratica: l'accento pertanto va posto sulle abilità, prima ancora che sugli aspetti di professionalità; in tale prospettiva l'alternanza si configura come un'ulteriore modalità di acquisizione delle conoscenze e delle competenze previste dai percorsi tradizionali.

Con il D.Lgs. n.77/2005, in vigore dal 20/05/2005, è divenuto operativo il meccanismo dell'alternanza scuola-lavoro per gli studenti tra i 15 e 18 anni di età che frequentano il secondo ciclo scolastico o della formazione professionale.

Nel Veneto la sperimentazione di questa modalità didattica fu avviata nell'anno scolastico 2003-2004, e fin dall'inizio è connotata da una volontà di forte collaborazione interistituzionale che ha determinato un modello di governance a livello regionale, nei vari ambiti e in tutte le sue fasi, di tipo sistemico. A tale scopo furono stipulati due successivi protocolli d'intesa: il primo del 31 luglio 2003 sottoscritto dalla Regione del Veneto, dall'USRV e dalle Parti Sociali, il secondo, del 28 gennaio 2004, sottoscritto dall'USRV e da Unioncamere del Veneto. Il primo protocollo si inserisce in un quadro di rapporti consolidati tra mondo dell'istruzione e Regione del Veneto quali il progetto di Terza area professionalizzante per gli Istituti Professionali Statali, l'Istruzione e Formazione Tecnica Superiore, l'Anagrafe Regionale per l'Obbligo Formativo, l'Orientamento ecc. ed è il risultato del lavoro di sette mesi di un gruppo ristretto, attivato nel gennaio 2003 su iniziativa della Regione del Veneto e costituito da rappresentanti dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, della Regione e delle Parti Sociali. Grazie a tale accordo, inizia nell'a.s. 2003-2004 la sperimentazione dell'alternanza scuola-lavoro in un gruppo di 9 Istituti, rappresentativi di indirizzi ed aree territoriali diverse.

Il secondo Protocollo nasce, invece, a seguito della stipula, il 27 giugno 2003, a livello nazionale, del Protocollo tra il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e l'Unione Italiana delle Camere di Commercio per favorire, tra l'altro, iniziative sperimentali di percorsi di Alternanza Scuola Lavoro. In base a questo secondo protocollo, avviano la sperimentazione nell'a.s. 2003-2004, attuandola però nell'a.s. 2004-2005, 11 scuole.

Gli impegni assunti dai contraenti in entrambi i protocolli confermano il disegno di collaborazione interistituzionale già ricordato:

- l'USRV e la Regione Veneto si impegnano a realizzare un ampio progetto di innovazione del sistema di istruzione e formazione professionale e un piano strategico atto a favorire un raccordo sempre più stretto e proficuo tra scuole, università e sistema imprenditoriale della regione;
- le Associazioni Imprenditoriali si impegnano a contribuire a un più incisivo raccordo tra offerta formativa ed esigenze del tessuto economico-produttivo regionale;
- le OO.SS. riconoscono l'Alternanza Scuola Lavoro come strategia efficace per un progressivo orientamento ed accostamento alla realtà del lavoro e per completare un'istruzione dedicata alla formazione della persona;
- USRV e Unioncamere del Veneto riconoscono come fattore strategico il raccordo tra istruzione, formazione e mondo del lavoro nel Veneto, riaffermando l'importanza di un

collegamento stabile tra le istituzioni formative ed il sistema delle imprese rappresentato dalle Camere nonché gli enti pubblici e privati ivi incluso il terzo settore. Unioncamere s'impegna, peraltro, a garantire il coinvolgimento del mondo del lavoro, degli operatori delle aziende, degli enti pubblici e privati (incluso il terzo settore) nelle attività di formazione delle istituzioni scolastiche e nella formazione congiunta dei *tutor*.

Tutto il percorso successivo costruisce un modello di governo a livello regionale, di tipo sistemico. Dai due Protocolli distinti si perviene ad un Protocollo d'intesa unitario tra Regione del Veneto, Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Unioncamere del Veneto e Parti Sociali in data 4 febbraio 2005.

Il Tavolo Regionale per l'Alternanza Scuola Lavoro si configura come cabina di regia, quasi un esempio di *governance territoriale*, in quanto luogo interistituzionale che ha nella dimensione regionale il contesto di riferimento, riunisce soggetti di diversa natura e autonomia, promuove e realizza un insieme di azioni e strategie d'intervento in un'ottica di sistema che favorisce il funzionamento coerente e convergente delle diverse componenti sia a livello regionale che a livello provinciale e sub provinciale. Infatti il Tavolo Regionale definisce la cornice di riferimento comune mediante il lavoro di appositi gruppi tecnici costituiti ad *hoc* su compito; agisce a livello regionale e a livello provinciale mediante le articolazioni territoriali proprie di ciascuno dei Soggetti coinvolti (U.S.P., C.C.I.A.A. provinciali, Associazioni Imprenditoriali a livello provinciale); garantisce il massimo di flessibilità negli interventi.

A partire dal Protocollo unitario del 4 febbraio 2005, proprio perché il contesto di riferimento è costituito da una regia regionale, si vanno distinguendo ambiti e titolarità degli interventi in modo da strutturare un sistema di azioni organizzato, funzionale ed efficace.

L'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto si fa quindi carico del finanziamento dei progetti di alternanza scuola-lavoro e di alternanza scuola-lavoro in impresa formativa simulata, nonché della costituzione del Simucenter regionale, presso l'IIS "C. Anti" di Villafranca (VR), con la funzione di Centrale di Simulazione regionale e lo scopo di consentire alle aziende virtuali costituite all'interno dei progetti di ASL in IFS e attivate nel territorio regionale di simulare tutte le azioni legate alle aree specifiche di qualsiasi attività imprenditoriale: Banca, Mercato, Fisco.

Nell'attivare l'istituto tutte le parti erano consapevoli dell'esistenza di alcuni elementi di criticità che potevano ostacolare l'attuazione: la difficoltà di reperire un sufficiente numero di aziende, specie per le scuole tradizionalmente più lontane dal mondo del lavoro; la particolare conformazione del nostro sistema produttivo, costituito in gran parte da piccole e medie imprese, con una conseguente, oggettiva, limitazione del numero di tirocinanti che vi possono essere accolti e, spesso, una scarsa disponibilità "culturale" ad accogliere il tirocinante; la difficoltà di superare una concezione settoriale dell'orientamento (scolastico, professionale, universitario) per arrivare a considerare il valore orientante delle discipline e della loro applicazione trasversale, dell'auto-valutazione e della percezione di auto-efficacia derivanti dall'agire.

Per ovviare a queste possibili criticità la Regione del Veneto e Unioncamere si fanno carico di finanziare delle "azioni di sistema", da rivolgere sia al mondo della scuola, sia al mondo del lavoro.

Le azioni di sistema finanziate annualmente dalla Regione si articolano in azioni di comunicazione/promozione, azioni di formazione/informazione, azioni di monitoraggio.

Il 5 novembre 2007 è stato sottoscritto dalla Regione del Veneto, dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, da Unioncamere Veneto e dalle Parti Sociali un terzo protocollo d'intesa che

conferma la volontà di proseguire in modo sinergico nell'esperienza, perseguendone le finalità che consentono agli allievi di acquisire conoscenze e competenze di base trasversali e tecnico-professionali spendibili anche nel mondo del lavoro. Nell'ambito del percorso si procede al riconoscimento dei crediti al fine di consentire agli allievi i passaggi tra i diversi sistemi formativi. A tale fine si conveniva che ogni progetto prevedesse apposite misure di accompagnamento, atte a promuovere il successo formativo degli allievi, con particolare riferimento agli interventi di accoglienza, riallineamento, potenziamento, orientamento e monitoraggio.

Tale volontà è stata riconfermata nel 2008 con la sottoscrizione di una nuova intesa che impegna le parti fino al 31 settembre 2010, in quanto l'ASL, mettendo in circuito virtuoso le diverse opzioni formative afferenti al sistema dell'istruzione e al sistema del lavoro e delle professioni è uno degli strumenti capaci di favorire lo sviluppo di interazioni e sinergie certamente positive per la modernizzazione.

Con nota MIUR A00DRVEU UFF II PROT. 7242/C15.a, l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto ha presentato, il programma delle azioni di sistema relative all'a.s. 2009-2010 conservato agli atti presso la Direzione regionale Istruzione.

Si tratta di azioni formative e informative, rivolte a tutor interni e docenti dei consigli di classe impegnati nei progetti di Alternanza Scuola Lavoro e di ASL in Impresa Formativa Simulata, al fine di supportarne il lavoro in fase iniziale e in itinere.

Le scuole secondarie di 2° grado che realizzeranno progetti di Alternanza Scuola Lavoro nell'anno scolastico appena iniziato sono analiticamente evidenziate nel sottostante prospetto:

E' prevista la realizzazione di corsi di formazione provinciali o interprovinciali, della durata di 24 ore, in cui saranno sviluppate tematiche e applicate metodologie distinte in rapporto al livello di esperienza dei partecipanti (tutor neofiti e tutor esperti) e al tipo di azione in cui saranno coinvolti (docenti impegnati nei percorsi di ASL in IFS e docenti degli istituti professionali di Stato impegnati nella sperimentazione dell'integrazione ASL /Terza area).

Saranno documentate e pubblicizzate le sperimentazioni realizzate in campo formativo: la documentazione su supporto cartaceo sarà rappresentata da un opuscolo, mentre sarà progressivamente implementato con tutto quanto le scuole venete hanno prodotto e produrranno sul tema della didattica per competenze - anche in funzione della riforma della Scuola secondaria di secondo grado - un sito denominato "piazzadellecompetenze" e collocato presso il Simucenter. Le esperienze realizzate e documentate, nonché i seminari di diffusione che saranno realizzati a livello provinciale e interprovinciale saranno anche oggetto dell'azione di monitoraggio sviluppata.

LA GIUNTA REGIONALE

delibera

1. di approvare il piano delle azioni formative e informative, rivolte a tutor interni e docenti dei consigli di classe impegnati nei progetti di Alternanza Scuola Lavoro e di ASL in Impresa Formativa Simulata, al fine di supportarne il lavoro in fase iniziale e in itinere, presentato dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto con nota MIUR A00DRVEU UFF II PROT. 7242/C15.a e conservato agli atti presso la Direzione regionale Istruzione;

2. di destinare alla realizzazione di tali azioni la somma di €208.000,00, a fare carico sul capitolo 100895 del Bilancio regionale di previsione per l'anno 2009 che presenta sufficiente disponibilità; l'importo sarà erogato all'IPSIA "G.B.Garbin" con sede in Schio (VI), Via Tito Livio, 7 delegato dall'Ufficio Scolastico regionale per il Veneto della gestione degli aspetti amministrativo-contabili connessi alla realizzazione delle azioni di sistema;

MINORI

ABRUZZO

DGR 12.10.09 n. 578 - Attuazione del Piano straordinario per lo sviluppo dei servizi socio educativi per la prima infanzia (Legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 1259).
Approvazione modalità e criteri di assegnazione dei fondi pubblici (BUR n. 56 del 30.10.09)

LAZIO

L.R. 23.10.09, n. 25 - Disposizioni per la tutela e la regolamentazione dei campeggi e soggiorni socio-educativi e didattici nel territorio della Regione Lazio (BUR n. 41 del 7.11.09)

DD 24.7.09, n. 2299 - Deliberazione Giunta regionale 6 luglio 2009, n. 501. Riparto al Comune di Roma ed ai comuni o enti capofila dei distretti socio sanitari del Lazio dei fondi destinati al sostegno il sostegno dell'affidamento familiare . Impegno di spesa euro 6.000.000, capitolo H41106, esercizio finanziario 2009. (BU n. 40 del 28.10.09)

DD 29.7.09, n.2338 - Affidamento dell'incarico dello sviluppo del "Portale Lazio Adozioni" a LAit s.p.a.. Somma complessiva di euro 21.000,00 (capitolo H41101), esercizio finanziario 2009. (BUR n. 40 del 28.10.09)

NON AUTOSUFFICIENTI

LAZIO

DD 28.7.09, n. 2318 - Riparto al Comune di Roma ed ai comuni ed enti capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio delle risorse del fondo regionale per la "non autosufficienza". Art. 4 della legge regionale n. 20/2006 e D.M. 6 agosto 2008, Fondo per le non autosufficienze. Impegno euro 14.000.000,00, di cui euro 2.000.000 sul capitolo H41550 e euro 12.000.000 sul capitolo H41131, esercizio finanziario 2009 (BUR n. 40 del 28.10.09)

TOSCANA

DGR 2.11.09, n. 978 - Approvazione schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Conferenza Episcopale Toscana per l'attivazione del progetto "Azioni congiunte nei confronti degli anziani fragili" (BUR n. 45 dell'11.11.09)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

- L.R. 40/05 e successive modifiche e integrazioni in particolare gli artt. 15 "Partecipazione alla programmazione" e 17 "Rapporti con il volontariato";
- L.R. 41/05 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" che all' art. 54 sancisce la necessità, da parte della Regione Toscana, di promuovere interventi di politica sociale, finalizzati alla salvaguardia della salute e dell'integrità psicofisica delle persone anziane attraverso interventi e servizi quali: la partecipazione degli anziani alla comunità locale in un'ottica di solidarietà tra generazioni (comma 1 lettera a); la prevenzione e limitazione dell'ospedalizzazione e dell'inserimento in strutture residenziali (comma 1 lettera c); forme di associazionismo e d'inserimento sociale della popolazione anziana con il coinvolgimento della comunità locale e dei soggetti del terzo settore presenti sul territorio (comma 2 lettera a); servizi di sostegno e sollievo per i familiari conviventi di persone anziane non autosufficienti (comma 2 lettera e);

- L.R. 41/05 all'art. 17 recita che, nel rispetto del principio di sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono la rilevanza sociale dell'attività svolta dai soggetti del terzo settore e, nell'ambito delle risorse disponibili, promuovono azioni per il loro sostegno e qualificazione;

Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 pone gli anziani non autosufficienti fra i protagonisti di una nuova politica dello stato sociale che incrementi i servizi e la partecipazione attiva di tutte le risorse presenti nella società civile, nell'ottica dello sviluppo di un efficace welfare regionale e locale;

- Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010 approvato con deliberazione del Consiglio Regionale 31 ottobre 2007, n. 113 prevede tra gli obiettivi prioritari nel triennio la promozione della salute degli anziani, sul presupposto che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione amplia la domanda proveniente dal sociale e richiede l'assunzione di politiche integrate che assicurino il miglioramento complessivo della qualità della vita per la persona anziana;

- Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con delibera di Consiglio Regionale n. 53 del 16/07/2008, in particolare il capitolo 8 "Gli strumenti di governo e di gestione" e il paragrafo 8.5.6 che richiama la partecipazione effettiva dei soggetti sociali alle funzioni pubbliche, con l'obiettivo prioritario di sviluppare adeguati sistemi di sussidiarietà che possano dare vita a rapporti di collaborazione e di partnership;

- punto 5.6.2.4 del su citato PSR dove tra l'altro si stabilisce che alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana e saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.

IL RUOLO DELLA SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE

La sussidiarietà espressa dalla società civile toscana si inserisce in un ambito di progettazione complessiva- partecipata e consapevole - sia a livello regionale che locale;

La Regione Toscana attraverso i Piani sopra indicati disegna un sistema di welfare locale dove tutti i soggetti, istituzionali e non, concorrono a definire una rete di interventi integrata e partecipata e riconosce alla partecipazione dei cittadini, in forma singola e associata, un ruolo ed una funzione importante nel concorso alla realizzazione del diritto alla salute;

LA SOTTOSCRIZIONE DEL PROTOCOLLO

Viene pertanto sottoscritto tra la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana - Regione Ecclesiastica Toscana, uno specifico protocollo al fine di condividere i principi di sussidiarietà espressi dalla società civile toscana, per concorrere al miglioramento degli interventi che le istituzioni mettono in campo per tutelare la salute ed il benessere dei cittadini

Con il Protocollo la Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana - Regione Ecclesiastica Toscana si impegnano ad individuare criteri ed interventi appropriati sul territorio regionale tesi al sostegno dell'anziano fragile presso il proprio domicilio, nonché presso strutture e sedi, che la stessa CET renda disponibili in un'ottica tesa a potenziare ed integrare i servizi presenti sul territorio, in una logica di reciproco coinvolgimento e supporto anche attraverso la costituzione di una rete capillare di punti di ascolto e di riferimento, atti a sostenere la domiciliarità per tutte quelle persone anziane che sono portatori di bisogni che non rientrano come prestazioni specifici che dei servizi istituzionali.

PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE TOSCANA E CONFERENZA EPISCOPALE TOSCANA PER PROGETTO "AZIONI CONGIUNTE NEI CONFRONTI DEGLI ANZIANI FRAGILI"

Riferimenti normativi

- La Legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e la legge regionale 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" sanciscono che è riconosciuto ed agevolato il ruolo degli organismi non

lucrativi di utilità sociale e di altri soggetti del terzo settore, tra cui gli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi od intese a norma dell'art. 8 terzo comma della Costituzione, operanti nel settore della programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

- La Regione Toscana attraverso il Piano integrato sociale regionale (PISR) e il Piano Sanitario Regionale (PSR) disegna un sistema di welfare locale dove tutti i soggetti, istituzionali e non, concorrono a definire una rete di interventi integrata e partecipata e riconosce alla partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata, un ruolo ed una funzione importante nel concorso alla realizzazione del diritto alla salute.

Principi condivisi

- La sussidiarietà espressa dalla società civile toscana si inserisce in un ambito di progettazione complessiva – partecipata e consapevole – sia a livello regionale che locale, al fine di rendere maggiormente efficaci le risposte, calibrare meglio gli interventi e consentire la migliore adeguatezza nell'impiego delle risorse.
- La sussidiarietà orizzontale viene coniugata con l'impegno di solidarietà e con l'obiettivo di assicurare una gestione dei servizi che tenga debitamente conto delle radici profonde e dei valori nei quali si è sviluppato il sistema di welfare toscano, costruendo comunità solidali.
- Con queste finalità e con l'obiettivo di rafforzare le caratteristiche di coesione sociale proprie dell'esperienza toscana, i soggetti della società civile, tra i quali gli enti ecclesiali delle confessioni religiose, concorrono al miglioramento degli interventi che le istituzioni mettono in campo per tutelare la salute ed il benessere dei cittadini.

Obiettivi ed ambiti di intervento del protocollo

La Regione Toscana e la Conferenza Episcopale Toscana – Regione Ecclesiastica Toscana, di seguito denominati Regione e Conferenza Episcopale, con il presente Protocollo d'intesa si impegnano:

- ad individuare criteri appropriati per l'identificazione e l'attribuzione degli interventi e delle azioni svolte sul territorio regionale da parte degli enti ecclesiali, parrocchie ed associazioni nell'ambito del sostegno all'autonomia della persona anziana;
- ad individuare e promuovere quegli interventi che sono svolti da tali associazioni e che concorrono a sostenere l'anziano fragile presso il proprio domicilio in un'ottica che è tesa a potenziare e integrare i servizi presenti in un territorio, in una logica di reciproco coinvolgimento e supporto.
- In particolare, con il Protocollo, si intende:
 - sostenere lo sviluppo di azioni promozionali, informative e operative sugli "stili di vita" dell'anziano, tese a favorire l'accesso al sistema integrato dei servizi e delle cure previsti per la persona anziana;
 - promuovere le azioni dirette a realizzare, in stretta collaborazione con il sistema integrato pubblico dei servizi socio-sanitaria territoriali, una rete capillare di punti di ascolto e di riferimento atti a sostenere la domiciliarità per tutte quelle persone anziane che sono portatori di bisogni che non rientrano come prestazioni specifiche dei servizi istituzionali. Tali servizi, che si connotano come *servizi di prossimità*, si inseriscono nella rete dei servizi presenti sul territorio e vanno intesi come un aiuto non professionale, ma paragonabile al "rapporto di buon vicinato" che nei diversi contesti sociali, soprattutto urbani, è oggi più difficile incontrare;
 - consentire la attuazione di interventi e progetti di tipo comunitario, che possano consentire la creazione di relazioni sociali significative facendo sentire la persona meno sola, coinvolgendo e animando le risorse territoriali già esistenti con l'attivazione ed il coinvolgimento di familiari, vicinato, conoscenti ed amici;
 - facilitare la diffusione dei servizi socio assistenziali, definiti "a bassa soglia" anche attraverso la promozione di centri diurni di assistenza e di socializzazione che consentono:
 - la tutela diffusa dell'anziano solo o in condizione di marginalità sociale;

- l'offerta di servizi a domicilio, anche con carattere di temporaneità e socialità (fornitura di generi di prima necessità, spesa a domicilio, farmaci a domicilio, trasporto sociale, compagnia ecc.);
- l'accessibilità temporanea a strutture diurne che favoriscono la socializzazione della persona anziana cercando di mantenerne le capacità residue e l'autonomia, con un'attenzione ai suoi bisogni alle sue risorse, al rapporto con la sua rete di sostegno;
- sostenere la risposta a una domanda di salute inespresa, in linea con le finalità universalistiche e solidali del SSN anche attraverso un maggior utilizzo della sanità di iniziativa, da attivare verso i gruppi sociali a maggior rischio di esclusione dall'accesso ai servizi socio-sanitari. Lo sviluppo e l'integrazione delle azioni proprie della medicina di iniziativa, intesa come risposta ad un bisogno inespreso soprattutto da parte dell'anziano solo, cioè di quella parte della popolazione che più di ogni altra necessita di informazioni, di relazioni, di punti di contatto e di ascolto. Si tratta di interventi che, attraverso una corretta informazione ed un accompagnamento, possano contribuire affinché il sistema dei servizi possa fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute.

SI CONVIENE SU QUANTO SEGUE

Gli impegni dei soggetti

La Regione e la Conferenza Episcopale s'impegnano :

ad istituire un Tavolo di lavoro integrato composto da loro rappresentanti, finalizzato a definire specifiche azioni programmatiche inerenti le iniziative da assumere annualmente.

La Regione Toscana:

assicura il sostegno nei confronti della CET per:

- azioni di coordinamento e formazione inerenti al presente protocollo, attraverso interventi mirati nei confronti dei soggetti attuatori aderenti e rappresentati dalla stessa CET;
- interventi di informazione e comunicazione delle attività realizzate ai sensi del Protocollo;
- parziale copertura delle spese rimborsabili, definendone le caratteristiche, le modalità e i tempi.

la Conferenza Episcopale assicura:

- l'attuazione delle attività oggetto del presente Protocollo da svolgere anche con il sostegno dei volontari delle parrocchie e di altre organizzazioni individuate e indicate in modo specifico;
- l'individuazione di beni mobili, attrezzature e risorse messe a disposizione per le finalità del presente Protocollo;
- la garanzia, nello svolgimento delle attività di assistenza, del rispetto dei principi di tutela dei diritti dell'utente;
- la corretta e puntuale comunicazione con gli operatori dei servizi pubblici per assicurare una adeguata informativa sulle attività svolte.

Impegni finanziari

Per la realizzazione delle finalità e degli interventi previsti dal presente protocollo, la Regione Toscana s'impegna a destinare la somma massima di euro 50.000,00 per le azioni da svolgersi per l'anno 2009 ed euro 200.000,00 per le azioni da svolgersi per l'anno 2010.

Durata

Il presente protocollo d'intesa avrà valenza fino al 31.12.2010 a far data dalla sottoscrizione dello stesso.

PARI OPPORTUNITA'

LOMBARDIA

DGR 9.11.09, n. 8/10440 – Iniziativa regionale “Piccoli progetti per grandi idee: modalità per la presentazione delle domande di contributo per il sostegno ai progetti presentati dagli Enti locali aderenti alla “Rete regionale dei Centri Risorse Locali di Parità” e dalle Associazioni iscritte

all'albo regionale delle "Associazioni, movimenti ed organizzazioni femminili", in attuazione della L.R. 16/92 (BUR n. 45 del 12.11.09)

Note

PREMESSA

In occasione dell'Anno Europeo delle Pari Opportunità la Regione ha individuato le seguenti aree tematiche:

- promozione della conciliazione famiglia-lavoro;
- promozione della presenza delle donne nelle istituzioni e nella rappresentanza politica;
- sviluppo delle reti e degli organismi di parità;
- integrazione delle donne immigrate;
- contrasto alla violenza nei confronti delle donne;
- lotta agli stereotipi e alle discriminazioni di genere.

NB

Le iniziative progettuali cofinanziabili potranno riguardare:

- l'attivazione e lo sviluppo di servizi alle donne;
- le iniziative di divulgazione;
- prodotti di comunicazione e campagne informative;
- percorsi formativi;
- attivazione di reti locali finalizzate allo sviluppo delle pari opportunità.

La Regione in proposito coordina due reti territoriali:

- la rete dei soggetti iscritti all'albo delle associazioni, movimenti ed organizzazioni femminili;
- enti locali lombardi che aderiscono alla rete dei centri risorse locali di parità attivata dal Centro Risorse regionale per l'integrazione delle donne nella vita economica e sociale

L'INIZIATIVA REGIONALE

Viene approvata l'iniziativa regionale, "Piccoli progetti per grandi idee" consistente nella attivazione di partenariati tra e con i soggetti aderenti alle sue reti territoriali, volti alla realizzazione di iniziative e manifestazioni che attengano alle finalità suddette.

NB

Con successivi atti saranno esplicitate le modalità per la presentazione delle domande.

VENETO

DCR 8.10.09, n. 101 - Programma di iniziative regionali in materia di pari opportunità fra uomo e donna per l'anno 2009. (articolo 7, comma 2, legge regionale 30 dicembre 1987, n. 62). (Proposta di deliberazione amministrativa n. 149) (BUR n. 92 del 10.11.09)

Note

Viene approvato il programma d'iniziative regionali in materia di pari opportunità fra uomo e donna per l'anno 2009 nel testo allegato al presente provvedimento (allegato A), del quale costituisce parte integrante, con la previsione di spesa complessiva di euro 150.000,00;

La Giunta regionale provvederà a dare attuazione alle iniziative previste dal programma

Il programma è esplicitato nell'all.A

Allegato A

Sommario

Premessa

A) Iniziative di studio e ricerca

1. Violenza sulle donne: i giovani come la pensano?
2. Libere professioniste: verifica delle pari opportunità di accesso e di attività.
3. Ragazze in veneto, tra scuola e lavoro
4. Pari opportunità nella terza età

B) iniziative di promozione e divulgazione

1. Percorso formativo sullo stalking
2. Comunicazione interna ed esterna

C) Iniziative in rete e confronto

1. Pari opportunità nella terza età

D) Funzionamento della commissione

Riepilogo finanziario

NB

Si riporta il programma;

1. PARI OPPORTUNITA' NELLA TERZA ETA'.

Dopo aver verificato la dimensione e le indicazioni provenienti dai dati relativi al Veneto, il progetto intende attivare una collaborazione con Enti locali per verificare quali possono essere buone pratiche di valorizzazione e di supporto della donna nella terza età.

Nell'ambito dell'economia e società della conoscenza, secondo i recenti studi citati in precedenza, le donne anziane italiane, soprattutto se sole, si presentano in condizioni di debolezza, dovute a redditi insufficienti, scarsa alfabetizzazione informatica e, in alcuni casi non infrequenti, a disabilità.

Da queste considerazioni emerge la necessità di proporre un modello strategico che, valorizzando anche il contributo che può essere dato dalle reti familiari – di particolare importanza per le donne anziane italiane - e del tessuto sociale, consenta di realizzare politiche lavorative, economiche e sociali a medio termine in favore delle donne di tutte le età.

Pertanto, si intende sviluppare un progetto di ricerca sul territorio veneto per presentare le soluzioni e le proposte che l'Ente locale ha avviato, i *case history*, su questo tema ancora non molto conosciuto di essere donna nella terza età.

L'iniziativa verrà realizzata in partenariato con Amministrazioni locali.

Spesa prevista: € 20.000,00

PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

EMILIA ROMAGNA

DGR 19.10.09, n. 1571 – Invito a presentare candidature per soggetti attuatori e offerte formative per l'erogazione di assegni formativi per l'attestato di abilitazione di centralinista rivolta a non vedenti o ipovedenti (BUR n. 187 del 4.11.09)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

- Legge n. 113 del 29/3/1985 "Aggiornamento della disciplina del collocamento al lavoro e del rapporto di lavoro dei centralinisti non vedenti";
- L.R. n. 12 del 30 giugno 2003 "Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale anche in integrazione tra loro";
- L.R. n. 17 del 1 agosto 2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro";
- L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm;

LA DISPOSIZIONE

* Sono approvate le "Disposizioni per la presentazione di candidature per soggetti attuatori e offerte formative per l'erogazione di assegni formativi per il conseguimento dell'Attestato di abilitazione di centralinista telefonico rivolta a non vedenti o ipovedenti", di cui all'Allegato A), a cui si rinvia.

LOMBARDIA

DCR 20.10.09, n. VIII/896 – Risoluzione concernente determinazioni in merito ai soggetti autistici (BUR n. 45 del 9.11.09)

Note

- Presso le ASL e AO lombarde sono attivati a favore dei bambini percorsi terapeutici individualizzati attraverso interventi educativi, comportamentali, comunicativi e terapie farmacologiche;
- I percorsi peraltro sono particolarmente onerosi e non sono rimborsabili dal SSR;
- Viene impegnata la Giunta regionale:
 - ad agevolare con specifici finanziamenti i suddetti percorsi attivati anche da associazioni non profit che operano nell'ambito dell'autismo, interagendo con le attività progettuali terapeutiche individualizzate di primo e di secondo livello;
 - a promuovere attraverso la condivisione di esperienze attività formative;
 - a monitorare i risultati dei progetti integrativi riabilitativi integrativi per il loro riconoscimento terapeutico.

PUGLIA

DGR 13.10.09, n. 1861 - L.R. 10 luglio 2006, n. 19 - art. 17, comma 1 lett. e). Competenze delle Province per l'assistenza e l'integrazione scolastica per audiolesi e videolesi. Direttiva per l'assegnazione delle risorse FNPS 2007 alle Province per l'a.s. 2009-2010.

DGR 13.10.09, n. 1862 - L.R. 10 luglio 2006, n. 19 - art. 68. Competenze dei Comuni per l'integrazione scolastica degli alunni disabili, in attuazione della l.r. n. 16/1987. Direttiva per l'assegnazione delle risorse FNPS 2007 aggiuntivo ai Comuni pugliesi associati in Ambiti territoriali sociali.

Note

La Giunta Regionale con deliberazione n. 1104 del 4 agosto 2004, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 103 del 26 agosto 2004, ha approvato il "Piano Regionale delle Politiche Sociali - Interventi e Servizi in Puglia". Detto Piano ha disciplinato il nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia. Con lo stesso provvedimento la Giunta Regionale ha approvato anche le linee guida e gli atti di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del medesimo Piano.

Pertanto, in relazione alle competenze loro attribuite, i Comuni potranno organizzare, con le risorse in oggetto, attività tra quelle di seguito indicate:

- a) servizi per l'integrazione scolastica idonei a rimuovere gli ostacoli di natura fisica, psichica ed ambientale che impediscono la piena fruizione del diritto allo studio;
- b) servizi per l'accompagnamento ed il trasporto funzionali alle attività scolastiche;
- c) iniziative per la promozione culturale, l'educazione permanente e l'attività sportiva dei portatori di handicap;
- d) iniziative di informazione nell'ambito della scuola e delle famiglie, di intesa con gli organismi scolastici competenti, sulle cause che provocano handicap e disadattamento e sulle possibilità di prevenzione nel più vasto contesto dell'educazione sanitaria;
- e) iniziative per la formazione, la qualificazione e l'aggiornamento degli operatori.

La programmazione degli interventi sopra indicati dovrà essere integrata con gli interventi ed i servizi previsti nell'Area "Persone Disabili" dei rispettivi Piani Sociali di Zona - I triennio, per le risorse residue ancora disponibili, e dei Piani Sociali di Zona - II triennio, di prossima elaborazione

da parte degli stessi ambiti territoriali.

A tal riguardo è opportuno evidenziare che i Comuni dello stesso Ambito Territoriale, in uno con la ASL di riferimento impegnata ad assicurare i profili afferenti alle professioni sanitarie, devono impiegare personale afferente ai seguenti profili professionali per la costituzione di equipe integrate:

“1 - medico specializzato

2 - psicologo

3 - pedagogista

4 - assistente sociale o sociologo

nonchè un numero di educatori di sostegno diplomati o laureati in possesso di professionalità specifica, terapisti, ausiliari socio - sanitari, agenti tecnici in rapporto alla necessità del servizio, tenendo conto di quanto già garantito da personale statale.”

NB

I Comuni, associati in ambito territoriale, dovranno preliminarmente verificare che tutto il personale assunto e/o stabilizzato dalla ASL in quanto adibito al servizio di integrazione scolastica, sia effettivamente assegnato alle attività dell'integrazione scolastica in affiancamento del corpo docente e delle figure genitoriali nei contesti di apprendimento scolastico - e non nelle altre strutture e servizi di riabilitazione delle ASL - cui deve essere assegnato personale diverso.

In base al personale ancora necessario, in relazione ai fabbisogni concordati con le ASL rispetto al numero di ragazzi diversamente abili aventi diritto ai servizi di integrazione scolastica, e tenendo conto di quanto deve comunque essere assicurato dalle istituzioni scolastiche, sia in termini di docenti di sostegno che di personale ausiliario, i Comuni provvedono a destinare le risorse oggetto della presente deliberazione alla acquisizione delle risorse umane aggiuntive, e non sostitutive, richieste, da adibire alle attività sopra richiamate, che abbiano i profili professionali e le qualifiche necessarie per il qualificato svolgimento delle funzioni in oggetto, ovvero delegano le ASL mediante apposito protocollo di intesa, conferendo le stesse risorse per il rimborso delle spese sostenute.

Lo stanziamento è pari ad Euro 2.194.282,33

TOSCANA

L.R 5.11.09, n. 62 - Semplificazione delle procedure di accertamento sanitario della condizione di disabilità (BUR n. 45 dell'11.11.09)

Art. 1

Oggetto

1. La presente legge disciplina la procedura di accertamento sanitario della condizione di disabilità di competenza delle aziende unità sanitarie locali (USL), ferme restando le funzioni dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale (INPS) e dei comuni disciplinate dalla normativa vigente in materia di verifica dell'accertamento sanitario effettuato dalle aziende USL e di concessione ed erogazione delle provvidenze economiche e di altri benefici. Sono fatte salve le disposizioni contenute nell'articolo 20 del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78 (Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini), convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2009, n. 102, e nei relativi provvedimenti attuativi.

2. La condizione di disabilità comprende: lo stato di invalidità, cecità e sordità civili, la condizione di handicap di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la condizione per il collocamento mirato al lavoro di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili), la condizione per l'attivazione dell'integrazione scolastica di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 febbraio 2006, n. 185 (Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della L. 27 dicembre 2002, n. 289).

3. Mediante la procedura di cui al comma 1, è attestata inoltre, ove richiesta, la condizione di disabilità ai fini del conseguimento del contrassegno invalidi di cui all'articolo 381 del decreto del

Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 (Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada), ed ai fini dell'esenzione dalla tassa automobilistica regionale di cui all'articolo 8 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica).

Art. 2

Commissione unica di accertamento

1. L'accertamento sanitario di cui all'articolo 1, è svolto, a seguito di domanda unica e contestuale, da una commissione costituita con atto del direttore generale dell'azienda USL, di seguito denominata commissione; essa è composta da:

- a) un medico dipendente o convenzionato dell'azienda USL, specialista in medicina legale, che svolge le funzioni di presidente della commissione;
- b) un medico dipendente o convenzionato dell'azienda USL, specialista nella branca medica relativa alla patologia oggetto di accertamento;
- c) un medico in rappresentanza dell'associazione di categoria cui appartiene la persona sottoposta ad accertamento, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295 (Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti).
- d) un medico dell'INPS quale componente effettivo.

2. Per gli accertamenti di cui alla l. 104/1992, alla l. 68/1999 ed al d.p.c.m. 185/2006, la commissione è integrata da un operatore sociale.

3. Quando l'accertamento sanitario è finalizzato al collocamento mirato al lavoro di cui alla l. 68/1999, il membro di cui al comma 1, lettera b), è uno specialista in medicina del lavoro.

4. Ai lavori della commissione può assistere, su richiesta della persona sottoposta ad accertamento e con oneri a suo carico, un medico di fiducia della persona medesima.

5. La commissione si riunisce e delibera validamente a maggioranza dei membri; in caso di parità di voti prevale il voto del presidente.

6. La partecipazione ai lavori della commissione dei membri di cui al comma 1, lettere a) e b), avviene in orario di lavoro e nell'esercizio delle competenze istituzionali.

7. Al membro di cui al comma 1, lettera c), è corrisposta una indennità di presenza, nella misura stabilita con deliberazione della Giunta regionale.

8. Le funzioni di segreteria della commissione sono svolte da un dipendente dell'azienda USL appartenente al ruolo amministrativo.

Art. 3

Termini dell'accertamento e della relativa revisione

1. L'accertamento sanitario di competenza della commissione è effettuato entro il termine massimo di sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda all'azienda USL competente per il territorio di residenza del richiedente, fatto salvo il rispetto del termine previsto dall'articolo 6, comma 3 bis, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4 (Misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione), convertito con modificazioni, dalla legge 9 marzo 2006, n. 80, per l'accertamento riguardante soggetti con patologie oncologiche e fatto salvo il rispetto del termine previsto dal d.p.c.m. 185/2006.

2. Nei casi in cui il soggetto sottoposto all'accertamento di cui al comma 1, sia dichiarato rivedibile, la commissione effettua la visita di revisione sulla permanenza della condizione di disabilità entro i primi dieci giorni del mese in cui viene a cessare la validità dell'accertamento.

3. Qualora il soggetto interessato non si presenti alla visita di revisione, ovvero la sua condizione risulti tale da comportare la perdita o la modifica del diritto ai benefici di legge, la commissione ne dà comunicazione al competente ufficio INPS ed al comune competente entro i primi quindici giorni del mese in cui viene a cessare la validità dell'accertamento.

4. Restano ferme le competenze delle commissioni mediche di verifica di cui all'articolo 10 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203 (Misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni

urgenti in materia tributaria e finanziaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248.

Art. 4

Semplificazione delle procedure

1. La Regione, anche tramite apposite intese con gli enti titolari delle funzioni in materia, predispose una procedura informatizzata per la trasmissione in via telematica dei verbali di accertamento sanitario e di revisione dell'accertamento dalle aziende USL alle commissioni mediche di verifica di cui all'articolo 3, comma 4, nonché ai comuni per gli adempimenti di competenza.
2. La predisposizione della procedura informatizzata di cui al comma 1, avviene nel pieno rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice sulla protezione dei dati personali), e nell'ambito dell'implementazione della rete telematica della Regione Toscana di cui alla legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale toscana).
3. La Giunta regionale promuove intese con gli enti locali e le amministrazioni statali competenti nella materia al fine di sviluppare ulteriori interventi di semplificazione dei procedimenti per l'accesso a prestazioni e benefici da parte delle persone disabili.

Art. 5

Monitoraggio e valutazione

1. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sui risultati ottenuti in sede di attuazione della presente legge.

Art. 6

Disposizioni attuative

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, approva con propria deliberazione, le linee di indirizzo inerenti la disciplina dei procedimenti di concessione dei benefici ai disabili, al fine di assicurarne una omogenea gestione sul territorio regionale.
2. Con apposito decreto, il dirigente competente approva:
 - a) il modello unico di domanda di riconoscimento della condizione di disabilità;
 - b) l'elenco della documentazione sanitaria da allegare alla domanda di cui alla lettera a);
 - c) lo schema tipo di processo verbale delle sedute della commissione.

Art. 7

Abrogazioni

1. Il comma 2 dell'articolo 1, gli articoli 3, 4, 5, 6 e 10 della legge regionale 23 giugno 1993, n. 40 (Disciplina degli organi sanitari collegiali), sono abrogati.

Art. 8

Efficacia delle disposizioni

1. La previsione contenuta nell'articolo 2, comma 1, lettera d), si applica a decorrere dal 1° gennaio 2010.

VENETO

DGR 20.10.09, n. 3104 - Piano annuale A.F. 2009/2010. Interventi formativi per l'inserimento lavorativo di persone disabili. Apertura termini (BUR n. 89 del 30.10.09)

Note

Sono approvati:

- l'avviso pubblico per la presentazione dei progetti - **Allegato A**;
- la direttiva per la presentazione di progetti riferiti a interventi formativi per l'inserimento lavorativo di persone disabili - **Allegato B**;
- gli adempimenti per la gestione e la rendicontazione delle attività - **Allegato C**

Le domande di ammissione al finanziamento e i relativi allegati dovranno essere spedite o consegnate a mano con le modalità e nei termini previsti dalla citata direttiva - **Allegato B** - alla Giunta Regionale del Veneto - Direzione Regionale Formazione, Via Allegri, 29 - 30174 Venezia/Mestre, pena l'esclusione.

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

L.R. 20.10.09, n. 24 - Disposizioni per favorire l'uso sociale dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata. Istituzione dell'Agenzia regionale (BUR n. 41 del 7.11.09)

PUGLIA

DGR 13.10.09, n. 1863 - L.R. n. 19/2006 - Piano regionale delle Politiche Sociali - Finanziamento - Assegnazione FNPS 2008 - quota aggiuntiva e variazione al bilancio di previsione 2009, art. 42 della L.R. n. 28/2001 e s.m.i. (BUR n. 168 del 27.10.09)

Note

Per l'annualità 2008 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha proceduto ad erogare a tutte le Regioni la quota spettante delle risorse residue che erano state accantonate nell'esercizio finanziario 2008 e non ancora distribuite alle Regioni.

Alla Regione Puglia è stata assegnata la quota aggiuntiva pari alla somma di Euro 1.000.926,30.

Al fine di provvedere alla regolarizzazione contabile della somma riscossa in conto sospeso, si provvede con il presente atto, ai sensi dell'art. 42 della l.r. n. 28/2001 e successive modificazioni, alla iscrizione nel bilancio di previsione 2009, in termini di competenza e di cassa, dei fondi assegnati alla Puglia quale quota del FNPS per l'annualità 2008 - quota aggiuntiva.

PRIVATO SOCIALE

FRIULI V.G.

- Albo regionale delle cooperative sociali (BUR n. 41 del 14.10.09)

LOMBARDIA

REG.REG.LE 26.10.09, n.3 – Regolamento dell'albo regionale delle Cooperative sociali, ai sensi dell'art. 27 della L.R. n. 1/08 – Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso (BUR n. 45 del 13.11.09)

Note

Il provvedimento è di particolare rilievo perché evidenzia il quadro normativo di riferimento per la costituzione del sistema della cooperazione sociale e il loro ruolo e collocazione nel contesto del sistema del welfare lombardo.

Mentre si rinvia al testo integrale per gli approfondimenti di carattere burocratico-amministrativo, si rappresentano di seguito gli aspetti ripetuti più importanti.

Compiti della Regione

- assicura l'omogeneità di gestione delle Ripartizioni provinciali dell'albo regionale delle cooperative;
- predispone il sistema informativo che supporta le province nella gestione delle Ripartizioni provinciali dell'Albo;
- cura l'aggiornamento tecnico del sistema, l'attività di consulenza e l'assistenza tecnica nella gestione del programma;
- effettua il monitoraggio dei dati relativi alle cooperative sociali;
- pubblica il relativo Albo.

Compiti delle Province

- raccolgono le domande di iscrizione, mantenimento e cancellazione delle cooperative sociali e loro consorzi;
- istruiscono le domande;
- comunicano gli esiti dei provvedimenti alla Regione, al legale rappresentante della cooperative, ai competenti uffici della Camera di Commercio;
- valutano le comunicazioni delle cooperative (modifiche statutarie, cambiamenti della compagine sociale, diminuzione della percentuale delle persone svantaggiate al di sotto della soglia, ecc.)
- effettuano verifiche di propria competenza;
- assicurano la massima diffusione dell'Albo.

NB

Seguono norme più specifiche (a cui si rinvia) su:

- Sezioni ed articolazioni dell'Albo regionale;
- Requisiti per l'iscrizione all'Albo regionale;
- Procedure per l'iscrizione all'albo regionale;
- Obblighi delle cooperative sociali per il mantenimento dell'iscrizione all'albo;
- Cancellazione
- Controllo e ispezioni.

UMBRIA

- DD 12.10.09, n. 9187 – DGR 1392/09 “Associazioni di promozione sociale. L.R. 22/04 art. 6 Promozione e sostegno delle associazioni” Bando regionale per l'erogazione dei contributi a sostegno dei progetti presentati dalle associazioni di promozione sociale (BUR n. 47 del 21.10.09)

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

LIGURIA

DCR 30.09.09 n. 22 - Piano sociosanitario regionale 2009–2011 (BUR n. 43 del 28.11.09)

Note

INTRODUZIONE

Il Piano Sanitario della Regione Liguria 2009-2011 ha come **obiettivo** valorizzare e dare voce alle competenze presenti nel sistema, organizzando una "**struttura a rete**" in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo.

L'elemento di novità nell'impostazione di costruzione del piano è quello della **concertazione**, una delle principali forme di partecipazione collaborativa.

Obiettivo di questo piano è **voler ascoltare** e, tradurre in pianificazione sostenibile le aspettative e le elaborazioni culturali dei professionisti impegnati nel Servizio Sanitario Ligure, per soddisfare i bisogni dei cittadini.

La costruzione di un **piano di sistema in continuo divenire**, che garantisca al servizio sanitario regionale ligure una visione a medio e lungo termine, rappresenta un'occasione di confronto da parte di operatori sanitari che da tempo hanno ipotizzato modelli di reingegnerizzazione e che hanno ora l'opportunità di poter esprimere il punto di vista di chi opera sul campo.

A questo scopo sono stati costituiti gruppi di lavoro che hanno avuto il compito di definire, e di condividere col sistema, gli assetti essenziali delle reti per patologia o condizione. I lavori prodotti, grazie ai quali si è giunti alla redazione del piano, rappresentano l'utile base di partenza per il prosieguo dell'attività degli stessi gruppi. È ora necessario rendere permanenti gli originali gruppi di redazione, integrandoli con altri nomi, affidando loro il mandato di avviare la "tessitura realizzativa" delle reti stesse.

Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 è articolato in 3 parti:

1. L'organizzazione a rete della sanità ligure
2. I documenti delle Reti
3. La normativa di riferimento

La **prima parte** descrive i modelli di riferimento, gli obiettivi e le azioni che si intendono realizzare, con tempi dati, per migliorare il servizio fornito ai cittadini.

Nel documento viene illustrata la metodologia di lavoro che è stata, e che verrà, utilizzata dalla Regione Liguria per costruire la rete dei servizi, ma non viene descritta l'ipotetica struttura dei servizi stessi.

Si è ritenuto strategico enfatizzare, invece, l'architettura metodologica e relazionale presa a riferimento, che consente di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo, valorizzando e dando voce alle competenze presenti nel sistema.

La **modalità di costruzione delle reti integrate dei servizi è strumento e fine della programmazione** in conseguenza:

1. del forte coinvolgimento che la pianificazione stessa richiede agli operatori e alle professioni del Sistema Sanitario Ligure
2. dell'importanza data alle prove di efficacia
3. della spinta alla cooperazione che nel sistema ogni componente deve giocare
4. delle conseguenze sulla qualità dei risultati attesi
5. delle conseguenze di tipo economico che la messa a rete dei servizi è destinata a produrre.

La **seconda parte** raccoglie i documenti redatti dai gruppi di clinici e tecnici che hanno lavorato sulle reti orizzontali e tematiche. Questi documenti hanno costituito la base condivisa sulla quale è stato elaborato il piano stesso. Sono nati infatti dai professionisti che quotidianamente operano nel Servizio Sanitario e che hanno condiviso il contenuto dei diversi documenti con colleghi affini per disciplina o percorso.

Piano socio sanitario regionale 2009/2011

La **terza parte** raccoglie il **corpus normativo regionale di riferimento**. L'attuale giunta ha modificato e integrato la normativa preesistente, colmando lacune importanti. È il caso della Legge Regionale n. 41 di "Riordino del servizio sanitario regionale", della Legge Regionale n. 12, "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari", e della Legge Regionale n. 7 che definisce l'ordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazione.

Il Piano socio-sanitario è particolarmente complesso ed articolato; si rappresentano di seguito in estrema sintesi gli aspetti ritenuti più importanti che prefigurano la attività della Regione nel triennio considerato.

LA STRATEGIA DELLA REGIONE

- Forte ruolo programmatico regionale in stretto coordinamento con le ASL;
- Riordino del SSR con riduzione delle ASL e la realizzazione di tre aree ottimali che assumono il ruolo di “Consiglio di amministrazione”;
- Miglioramento della rete ospedaliera;
- Ridefinizione dei Dipartimenti sanitari;
- Ulteriore potenziamento dei distretti socio-sanitari, con lo sviluppo di una coerenza dei servizi territoriali con le reti di cura ospedaliere e specialistiche, puntando ad un solido sistema di presenza e cure primarie che con l’integrazione socio-sanitaria risponda alla domanda dei cittadini particolarmente di quelli fragili e non autosufficienti.

I distretti dovranno sviluppare:

- un accesso ben definito alle cure primarie, attraverso lo sportello integrato;
 - un sistema di cure primarie e continuità assistenziale incentrato su un rafforzamento della presenza del MMG incrementando lo sviluppo di forme associative (UTAP, ETAP, ecc.) incrementando una continuità assistenziale continua nel ciclo notturno e festivo;
 - garanzia dell’integrazione socio-sanitaria nei percorsi ospedale/cure intermedie/domicilio, residenza tramite le UVM;
 - riorganizzazione della domiciliarità;
 - potenziamento in ogni ASL della residenzialità extraospedaliera;
 - gestione delle misure per la non autosufficienza;
 - la promozione della cooperazione tra presidi e aziende ospedaliere;
 - particolare attenzione alla formazione delle liste di attesa.
- Potenziamento di Consultori
 - Promozione e sviluppo delle Case della Salute, intese quali strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie; vi lavorano il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell’intervento sociale, i medici di base con lo studio associato, gli specialisti ambulatoriali.
- Viene ulteriormente definita la casa della salute:
- insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento integrate fra loro;
 - presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie;
 - attuazione della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l’educazione sanitaria;
 - corretta autogestione delle malattie croniche;
 - attivazione dell’assistenza domiciliare a forte integrazione multidisciplinare,
 - luogo dove di istituzionalizza la partecipazione dei cittadini attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate;
 - gestione informatizzata;
 - sede per la telemedicina e teleconsulto;
 - integrazione con la rete ospedaliera con la ricomposizione dei piccoli ospedali in RSA, day hospital, day surgery polispecialistici, centri di cure primarie.
- Adeguamento di investimenti strutturali
 - **Potenziamento del 118 e dell’elisoccorso**

SANITA'

CALABRIA

L.R. 23.10.09, n. 37 - Istituzione del servizio di elisoccorso (BUR n. 19 del 16.10.09)

DGR 21.9.09, n. 612 – Istituzione Sistema Regionale di Formazione Continua in Sanità. Indirizzi alle Aziende sanitarie ed Ospedaliere (BUR n. 20 del 31.10.09)

DGR 21.9.09, n. 613 – Approvazione Protocollo d'intesa fra gli assessori alla salute delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia su "Equo accesso a cure oncologiche personalizzate e di altra qualità (BUR n., 20 del 30.10.9)

CAMPANIA

DGR 26.10.09 n. 1627 - Disposizioni urgenti per contrastare i ritardi nei pagamenti delle aziende sanitarie regionali: integrazioni alla DGRC n. 541 del 20 marzo 2009

DGR 15.10.09, n. 1577 - "Linee di indirizzo per le attività di cura, prevenzione e controllo della tubercolosi

DGR 15.10.09, n. 1579 - Programma di comunicazione ed informazione diretta alla popolazione ed alle categoria interessate sulle misure di prevenzione e controllo della pandemia da influenza da virus A/H1N1.

comunicazione ed informazione diretta alla popolazione ed alle categoria interessate sulle misure (BUR n. 67 del 2.11.09)

Note

PREMESSA

- negli ultimi anni il rischio di una pandemia influenzale è diventato concreto e che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha quindi raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo le Linee guida concordate.
- con l'Accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 9 febbraio 2006 (rep.n.2479), ai sensi dell'art.4 del D.lgs n.281 del 28 gennaio 1997, è stato approvato il Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.
- la Giunta Regionale della Campania ha approvato, con delibera n.1203 del 3/07/2009, il piano pandemico regionale.
- con DPGRC 236/2009 è stata aggiornata ed integrata la composizione del Nucleo Regionale per le Emergenze di natura infettiva e le malattie ad alta infettività.
- con DGRC n.1457/2009 sono state approvate le linee di indirizzo per le attività cliniche dell'influenza da virus A/H1N1 .

* al fine di dare corretta informazione ed indicazioni di comportamento alla popolazione per prevenire la diffusione del contagio, anche attraverso campagne di vaccinazione, e contrastare così gli eventuali allarmismi nelle comunità, in particolare nelle scuole, viene approvato un programma di comunicazione e informazione diretta alla popolazione ed alle categorie interessate sulle misure di prevenzione e controllo della pandemia da influenza da virus A/H1N1.

– l'attuazione dello stesso programma sarà affidato al Settore Assistenza Sanitaria, che, in considerazione dei tempi stringenti entro cui realizzare le relative azioni, incompatibili con i termini imposti dalle procedure aperte, ristrette, o negoziate, potrà anche individuare con la procedura dell' "in house providing" l'operatore economico, con accreditate caratteristiche di qualificazione economico- finanziaria e tecnico-organizzativa, cui affidare le attività di comunicazione relative alle azioni previste dal suddetto programma di comunicazione.

propone e la Giunta , in conformità, a voto unanime

Le azioni previste sono::

- Stampa e diffusione di volumetti informativi a tutti i medici di base ed ai pediatri campani;
- Stampa, diffusione ed affissione di manifesti e poster informativi nelle strutture sanitarie e ospedaliere e negli istituti scolastici;
- Predisposizione, presso il numero verde della Salute (800187514), già operativo presso il servizio Urp del Settore Stampa, di una task force medico-scientifica per rispondere 7 giorni

su 7 alle richieste dei cittadini;

* Predisposizione, sul portale della Regione Campania, di un'apposita area informativa, continuamente aggiornata, sull'evoluzione dell'H1N1 e in generale sulle tematiche medico sanitarie.

□ Le azioni di comunicazione devono durare indicativamente da ottobre 2009 a fine marzo 2010.

– è stanziata la somma complessiva di euro 200.000,00.

DGR 22.10.09, n. 1621 - Protocollo d'Intesa tra l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" e la Regione Campania per la disciplina delle modalità di reciproca collaborazione per la formazione specialistica di area sanitaria (BUR n. 68 del 9.11.09)

DGR 22.10.09, n. 1620 - Definizione tariffa DRG per applicazione di valvole aortiche per via percutanea o transapicale in pazienti affetti da stenosi aortica severa (BUR n. 68 del 9.11.09)

FRIULI V.G.

DGR 30.9.09, n. 2176 – L.R. 25/01 art. 3 e 8 .Prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria.

Concessione del contributo giornaliero per l'anno 2009 per le cure climatiche, termali e soggiorni terapeutici (BUR n. 41 del 14.10.109)

LAZIO

L.R. 20.10.09, n.23 - Disposizioni in materia di formazione sanitaria di primo soccorso degli operatori del trasporto pubblico locale. (BUR n. 41 del 7.11.09)

DPGR 18.9.09, n. 626 - Modifica ed integrazione del decreto n. 303/2007 del 13 aprile 2007 "costituzione della Consulta Regionale per la Salute Mentale ai sensi della legge regionale 3 luglio 2006 n. 6" e successive modificazioni (BU n. 40 del 28.10.09)

LOMBARDIA

DCR 20.10.09, n. VIII/894 – Risoluzione concernente determinazioni inerenti alla prescrizione ed erogazione sul territorio regionale dei dispositivi di autocontrollo glicemico per il monitoraggio continuo del glucosio sottocutaneo (BUR n. 45 del 9.11.09)

DPGR 27.10.09, n. 10966 – Determinazioni in merito agli organi del consorzio Città della salute e della Ricerca (BUR n. 45 de 9.11.09)

PIEMONTE

D.D. 18.9.09, n. 538 - Costituzione Gruppo Tecnico Operativo di lavoro per il monitoraggio dei risultati della sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (G.C.P.) / Case della salute (CdS) (BUR n. 43 del 29.10.09)

DGR 12.10.09, n. 4-12312 - Accordo di Programma Stato - Regione Piemonte: approvazione progetto per l'interoperabilità dei dati clinici delle aziende sanitarie regionali (BUR n. 43 del 29.10.09)

Note

Viene approvato il progetto esecutivo presentato dall' ARESS, in esecuzione dell'incarico ricevuto con D.G.R. n. 55 – 11024 del 16 marzo 2009 e intitolato "Interoperabilità dei dati clinici delle aziende sanitarie regionali", allegato al presente atto deliberativo come parte integrante e sostanziale di cui all'Accordo di Programma tra Stato e Regione Piemonte siglato, ai sensi dell'art. 5 bis del .d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. in data 22 aprile 2008.

DGR 12.10.09, n. 8-12316 - Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessita' di trattamento dialitico tramite "Contributo economico di sostegno alla Dialisi Domiciliare" (BUR n. 43 del 29.10.09)

Note

- In via sperimentale per tre anni dalla data della presente deliberazione, viene disposta l'istituzione del Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento dialitico, dichiarati eligibili al trattamento in Dialisi Peritoneale - Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) - o Emodialisi Domiciliare come indicato nell' Allegato A

NB:

- il Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) o Emodialisi Domiciliare è a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali nell'ambito della quota indistinta a loro assegnata.

DGR 12.10.09, n. 12-12320 - Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico nella Regione Piemonte (BUR n. 43 del 29.10.09)

Note

Viene assegnato alla Direzione Innovazione, Ricerca e Università, di concerto con la Direzione Sanità, l'incarico di dare avvio alla realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico nella Regione Piemonte, in forma di servizio telematico federato dei dossier sanitari delle aziende sanitarie piemontesi di cui al documento illustrativo allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

DGR 12.10.09, n. 34-12339 - Istituzione della "Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte (BVS-P)" (BUR n. 43 del 29.10.09)

Note

PREMESSA

Viene considerato che l'efficacia di tutte le decisioni che vengono prese ogni giorno nel Servizio Sanitario Nazionale dipende soprattutto dalla quantità e qualità dell'informazione disponibile a supporto del professionista della salute.

In Piemonte il personale sanitario ha un accesso limitato all'informazione. Infatti l'offerta di conoscenze, intese come informazioni organizzate e mirate alla decisione in ambito clinico, in ambito di prevenzione, e/o organizzativo, è isolata e spesso poco raggiungibile; per lo più, le risorse bibliografiche sono accessibili per alcune grandi Aziende Ospedaliere (AO) o Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU).

LA BANCA DATI

Viene pertanto finanziato un progetto di ricerca finalizzata condotto nel 2007 dall'AO S.S. Antonio, Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria sull'"Analisi delle risorse informative elettroniche per i professionisti della salute", che ha permesso di realizzare un'indagine accurata su quantità, tipologia e distribuzione delle risorse bibliografiche disponibili presso le strutture sanitarie regionali.

D.G.R. 2.11.09, n. 48-12478 - Potenziamento delle attività di prevenzione e cura della nuova influenza da virus A (H1N1) (BUR n. 44 del 5.11.09)

TOSCANA

DGR 2.11.09, n. 977 - Sostegno alle Università degli Studi di Firenze e Pisa per la istituzione di Corsi Universitari rivolti ad operatori del Servizio Sanitario Regionale (BUR n. 45 dell' 11.11.09)

VALLE D'AOSTA

L.R. 12.10.09, n. 32 – Modificazioni alla L.R. 20/81: Nuove norme per la concessione dell'indennità giornaliera per il ricovero ospedaliero a favore dei coltivatori diretti, degli artigiani e degli esercenti attività commerciali (BUR . 43 del 27.10.09)

Art. 1

Nel titolo della legge regionale 21 aprile 1981, n. 20 (Nuove norme per la concessione dell'indennità giornaliera per ricovero ospedaliero a favore dei coltivatori diretti, degli artigiani e degli esercenti attività commerciali), le parole: «per ricovero ospedaliero» sono soppresse.

Art. 2

(Sostituzione dell'articolo 1)

1. L'articolo 1 della l.r. 20/1981 è sostituito dal seguente:

«Art. 1

1. Alle unità attive dei coltivatori diretti, agli artigiani, titolari d'impresa e collaboratori, agli esercenti attività commerciali, titolari d'impresa e collaboratori, è corrisposta, quando non vi sia responsabilità di terzi o non provvedano altre leggi:

- a) una indennità giornaliera per ricovero ospedaliero derivante da malattia o infortunio;
- b) una indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta derivante da malattia o infortunio.».

Art. 3

(Modificazioni all'articolo 2)

1. Il secondo comma dell'articolo 2 della l.r. 20/1981 è sostituito dal seguente:

«2. L'importo dell'indennità giornaliera per ricovero ospedaliero di cui al primo comma è aggiornato annualmente con deliberazione della Giunta regionale, in base alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati rilevata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e, comunque, nei limiti delle disponibilità di bilancio.».

2. Dopo il comma 2 dell'articolo 2 della l.r. 20/1981, come sostituito dal comma 1, è aggiunto il seguente:

«2bis. L'importo dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta derivante da malattia o infortunio è stabilito, per l'anno 2009, in euro 22,26 ed è aggiornato annualmente, con deliberazione della Giunta regionale, in base alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati rilevata dall'ISTAT.».

Art. 4

(Modificazioni all'articolo 3)

1. Dopo il terzo comma dell'articolo 3 della l.r. 20/1981, è inserito il seguente:

«3bis. L'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta derivante da malattia o infortunio è concessa a partire dal quinto giorno successivo all'inizio della malattia o alla data dell'infortunio, per un periodo massimo di trenta giorni nell'anno solare. A tal fine, l'interessato deve presentare apposita domanda alla struttura regionale competente, corredata di una certificazione medica rilasciata da un medico di medicina generale, entro dieci giorni dall'inizio della malattia o dalla data dell'infortunio ».

2. Dopo il comma 3bis dell'articolo 3 della l.r. 20/1981, introdotto dal comma 1, è inserito il seguente:

«3ter. La Regione può effettuare controlli sullo stato di effettiva inabilità temporanea assoluta delle persone cui è corrisposta l'indennità, mediante i competenti servizi dell'Azienda regionale sanitaria USL della Valle d'Aosta (azienda USL).».

3. Il quarto comma dell'articolo 3 della l.r. 20/1981 è sostituito dal seguente:

«4. L'indennità giornaliera è concessa con provvedimento del dirigente della struttura regionale competente. ».

Art. 5

(Sostituzione dell'articolo 4)

1. L'articolo 4 della l.r. 20/1981 è sostituito dal seguente:

«Art. 4

1. Gli interessati alla concessione dell'indennità giornaliera per ricovero ospedaliero devono presentare, entro sei mesi dall'avvenuta dimissione, apposita domanda alla struttura regionale competente, corredata di una certificazione attestante il periodo di degenza, rilasciata dalla struttura sanitaria.».

DGR 18.9.09, n. 2554 – Disposizioni all'AUSL della Valle d'Aosta per il rinnovo dei tesserini per esenzione del reddito dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (BUR n. 43 del 27.10.09)

- a) l'Azienda USL della Valle d'Aosta rinnova i tesserini di esenzione per reddito sulla base delle autocertificazioni dei redditi 2008, presentate nell'anno 2009, ai cittadini residenti e domiciliati in Valle d'Aosta iscritti al Servizio sanitario regionale, escludendo la fascia di età da 0 a 6 anni;
- b) rilascia i tesserini di esenzione per reddito a scadenza illimitata, con l'onere a carico del titolare di comunicare qualsiasi variazione di reddito e/o della composizione del nucleo familiare che dia luogo alla decadenza dallo status di avente diritto;
- c) procede a controlli, in misura non inferiore al 5% all'anno, sulla veridicità del totale delle autocertificazioni relative ai redditi percepiti, ai sensi dell'articolo 33 della legge regionale 19/2007, salvo diversa prescrizione derivante dall'emanazione di norme statali;
- d) provvede ad inserire, nel sistema informatico in dotazione ai medici prescrittori del SSN, il codice di esenzione per reddito associato ad ogni singolo assistito del nucleo familiare di appartenenza;
- e) informa capillarmente, con i mezzi ritenuti più idonei, gli utenti valdostani, circa le nuove procedure di cui alla lettera a);

VENETO

DGR 22.9.09, n. 2764 - D.G.R. n. 4532 del 28.12.2007 e D.G.R. n. 448 del 24.02.2009. Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionale di riferimento e dei Centri regionali specializzati. Programma regionale per la Promozione della Salute (BUR n. 86 del 20.10.09)

Note

Al fine di proseguire nell'azione di riorganizzazione degli strumenti a supporto della programmazione regionale così da assicurare un sistema efficiente, coordinato e adeguato a fronteggiare i processi di cambiamento, tenuto conto degli indirizzi generali di riorganizzazione dei centri di riferimento di cui alle stesse delibere, viene disposta l'istituzione del *Programma regionale per la Promozione della Salute* in sostituzione del Centro regionale di Riferimento per la Promozione della Salute

Il Programma ha la durata di anni tre, con possibilità di rinnovo a seguito di valutazione positiva dei risultati raggiunti.

AREE DI ATTIVITA'

1. produzione di evidenze scientifiche e progettazione regionale, nazionale, europea/internazionale:
 - ricerca HBSC - Health Behaviour in School-aged Children - stili di vita dei giovani veneti in età scolare;
 - sviluppo e consolidamento della diagnostica su fluido orale a scopo epidemiologico e di sorveglianza;
 - rete interregionale di siti di sorveglianza sentinella per mst/ist;
2. educazione alla salute e coordinamento SEPS secondo le linee di azione prioritarie regionali ed in particolare per:
 - lo sviluppo della strategia regionale sulla salute sessuale e riproduttiva attraverso un tavolo di coordinamento aziendale e progetti sperimentali
 - l'implementazione del protocollo di intesa scuola-regione in materia di educazione alla salute nelle scuole;
 - la collaborazione in materia di progettazione europea nel campo della salute pubblica
3. formazione/informazione sulle attività di collaborazione in materia di salute pubblica e promozione della salute;
4. implementazione di progetti pilota per potenziare e diffondere l'impatto del know how acquisito con i progetti europei gestiti dal Programma per la promozione della salute per conto della Regione Veneto.

MODALITA DI GESTIONE

La gestione amministrativa del Programma regionale per la Promozione della Salute viene affidata all'Azienda ULSS n. 20.

Per lo svolgimento del Programma l'Azienda ULSS n. 20 metterà a disposizione le risorse di personale necessarie nei limiti di disponibilità del finanziamento assegnato.

DGR del 22.9.09, n. 2766 - L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico nelle cure primarie: il progetto Re.V.A.N. (Regione Veneto Audit Net). Presentazione e analisi dei risultati di un'esperienza di audit clinico in Medicina Generale: dalle criticità alle proposte di miglioramento.

Note

PREMESSA

Lo scompenso cardiaco cronico (SCC) rappresenta una delle cause più frequenti di ricovero in ospedale, con un impatto rilevante sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie e sui costi del sistema sanitario e sociale.

Si tratta di una sindrome clinica le cui peculiarità in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale, hanno stimolato, negli ultimi anni, la produzione di numerose raccomandazioni e linee guida a livello nazionale ed internazionale. Sono interessati da questo problema pazienti quasi esclusivamente anziani, spesso portatori di altre malattie e con una ridotta autonomia funzionale, condizioni che generano importanti ripercussioni nella gestione clinica e nell'organizzazione dell'assistenza.

Il progetto Re.V.A.N. (Regione Veneto Audit Net) ha coinvolto 120 Medici di medicina generale che assistono oltre 150.000 persone, 2.000 delle quali con diagnosi di scompenso cardiaco. I dati ottenuti hanno permesso di descrivere i principali percorsi diagnostico - terapeutici dell'assistenza sul territorio e di approfondirne i relativi determinanti sanitari e sociali. Accanto ad una prevalenza media in linea con l'atteso, i dati di base confermano un certo grado di disomogeneità nei percorsi diagnostici, attività che rappresenta una potenziale area di miglioramento; i farmaci raccomandati risultano prescritti ai pazienti con scompenso cardiaco in percentuali elevate, superiori ad altre esperienze; quasi la metà dei pazienti viene assistita a domicilio o in casa di riposo; l'età, la comorbidità e la fragilità sociale caratterizzano il gruppo di pazienti che più spesso accede a ricoveri in ospedale, evidenziando alcuni elementi critici del monitoraggio clinico e della rete assistenziale.

A partire da questi ed altri risultati, è necessario favorire occasioni di confronto fra medici, infermieri e amministratori, chiamati ad un impegno rilevante nel promuovere il miglioramento delle cure attraverso l'integrazione professionale e organizzativa tra cure primarie e specialistiche.

Con DGR: n. 1575/2009, Attuazione del modello regionale di riferimento per le cure primarie: I fase 2009. DDGGRR n. 4395 del 30/12/2005, n. 2667 del 07/08/2006 e n. 3220 del 25/10/2005, sono stati introdotti gli obiettivi da inserire nei patti aziendali:

- *la gestione del paziente fragile e anziano sopra i 75 anni, tramite un'apposita valutazione della fragilità, ripetuta nel tempo,*
- *la gestione dei problemi della cronicità, con specifico riferimento al diabete e all'ipertensione, secondo modelli di gestione propri del I livello,*
- *la gestione del paziente oncologico terminale secondo modalità di presa in carico previste dall'AIR e conformi alle indicazioni regionali, in forte connessione con le Unità di Cure Palliative (UCP),*

- *la gestione della prevenzione e valutazione del rischio cardio-vascolare con particolare attenzione all'alto rischio Cardio Vascolare, (...).*

LE CONSEGUENZE

Da ciò deriva la necessità di adeguare i processi assistenziali (PDTA) per l'implementazione di percorsi di audit e per promuovere e monitorare gli esiti attesi dagli interventi su obiettivi di salute.

LA PROPOSTA

La Simg Veneto (Società Italiana Medicina Generale) ha proposto di attivare - nell'ambito del Progetto "Assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico nelle cure primarie", in corso d'attuazione con l'Azienda sanitaria n. 4 -, una collaborazione per formulare delle proposte operative per migliorare la qualità dell'intervento dei Servizi preposti.

Il Piano di lavoro prevede, entro il corrente esercizio:

- un convegno "L'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico nelle cure primarie: il progetto Re.V.A.N."; Montecchio Precalcino (VI), il 24 ottobre 2009. (Azienda n. 4).
- Presentazione di una relazione su "Analisi dei risultati di un'esperienza di audit clinico in Medicina Generale: dalle criticità alle proposte di miglioramento". (Simg Veneto).

L'APPROVAZIONE

Viene assegnata all'Azienda sanitaria n. 4, che gestisce i rapporti economici, un contributo di euro 9.800,00= (novemilaottocento/00), per la copertura dei costi per la Ricerca: per compensi e missioni del personale; materiale di supporto e spese di segreteria.

DGR 22.9.09, n. 2767 - Progetto obiettivo modello regionale di riferimento per le cure primarie 2009 - 2011. Collaborazione con l'Azienda Sanitaria n. 13. DGR n. 1575 del 26 maggio 2009 8BUR n. 86 del 20.10.09)

Note

PREMESSA

Con DGR n. 1575 del 26 maggio 2009, è stato approvato il modello regionale di riferimento per le cure primarie 2009 - 2011, che prevede quanto segue.

- *Obiettivi di sistema:* gestione integrata del paziente e continuità delle Cure.
- *Piani attuativi locali per le Cure Primarie:* strumento per pianificare lo sviluppo, in ambito aziendale, dell'assistenza territoriale.
- *Patti aziendali:* strumenti di negoziazione degli obiettivi prioritari di salute e delle relative modalità operative.
- *Modelli organizzativi:* UTAP integrata/aggregata, Medicina di gruppo integrata (in fase sperimentale), Medicina di gruppo, in rete, in associazione e medico singolo, nell'ottica di definire la rete assistenziale ed informativa territoriale.
- *Risorse:* ACN (quota fissa e variabile), Accordo regionale (quota per funzione e/o risultato), riallocazione di risorse, fornitura di beni e servizi, incentivi per l'appropriatezza.
- *Misurabilità dei risultati:* indicatori di qualità clinica ed organizzativa, di accessibilità, di accoglienza e di appropriatezza economica.
- *Tempi:* tre anni per l'attuazione complessiva del Progetto; il rapporto con i Medici convenzionati viene, invece, definito annualmente.
- *Formazione:* realizzata attraverso il Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria.

- *Organismi di governo*: Commissione tecnica regionale comprensiva di una rappresentanza di Medici Convenzionati ed una analoga a livello aziendale presiedute, rispettivamente, dal Segretario regionale sanità e sociale e dal Direttore generale dell'Azienda interessata.

COMPITI DELLE AZIENDE SANITARIE

Per realizzare il Modello regionale di riferimento per le Cure Primarie ogni Azienda deve:

- *programmare* gli interventi per le Cure Primarie attraverso il Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie;
- *negoziare* le modalità di realizzazione degli obiettivi sotto indicati, con i medici convenzionati, mediante Patti aziendali uniformemente convergenti ad uno stesso modello regionale;
- avviare processi di *riallocazione di risorse* da un livello assistenziale ad un altro, per garantire efficienza, efficacia ed economicità del Sistema, con particolare attenzione all'assistenza territoriale;
- individuare, nell'ambito dei Patti Aziendali, *percorsi incentivanti correlati all'appropriatezza* e al conseguimento degli obiettivi predefiniti che, nel caso di raggiungimento di risultati economici positivi, consentano, da parte delle Aziende e in accordo con le OOSS, il riutilizzo di tali risorse per le attività concernenti lo sviluppo del modello stesso;
- realizzare, conformemente alle indicazioni normative e contrattuali, l'implementazione di *sistemi informativi* di monitoraggio, documentazione e verifica della Medicina Convenzionata, con riguardo alle performance assistenziali, organizzative e di relazione con il sistema;
- favorire lo sviluppo delle *Forme associative* per la Medicina Convenzionata per attuare le aggregazioni funzionali territoriali;
- individuare le risorse a supporto delle attività delle aggregazioni funzionali e delle forme erogative territoriali in termini di personale e di altri servizi, eventualmente forniti direttamente dalla Azienda ULSS secondo le necessità della rete assistenziale;
- definire indicatori misurabili e standard finalizzati allo sviluppo del sistema;
- costituire una Commissione tecnica aziendale presieduta dal Direttore Generale, e composta da esperti aziendali e da medici convenzionati nominati dalle OO.SS., con il compito di governare le azioni di cui sopra.

ATTUAZIONE DEL MODELLO

L'attuazione si articola in tre Fasi:

- FASE I. Attuazione del Modello in relazione agli obiettivi di salute predefiniti - anno 2009.
- FASE II. Implementazione del Modello di organizzazioni in Rete, anche in forza dei contenuti dei nuovi AACCN per la Medicina convenzionata - anno 2010.
- FASE III. Monitoraggio e verifica dei risultati e degli esiti finalizzati alla messa a regime del Modello - anno 2011.

In particolare le aree prioritarie di intervento per l'avvio della I Fase sono così articolate:

- relativamente alla Medicina Generale: applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera, percorsi di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi;
- relativamente alla Pediatria di Libera Scelta: percorsi di continuità delle cure e dell'assistenza, di appropriatezza clinica e nuovi modelli erogativi ed organizzativi;
- relativamente alla Specialistica Ambulatoriale Interna: percorsi diagnostico terapeutici e clinico assistenziali integrati.

STRUMENTI ATTUATIVI

- Patti aziendali nell'ottica di convergere uniformemente verso uno stesso modello regionale;
- Sviluppo delle forme associative nell'ambito di un graduale superamento del Fondo per le quote variabili sostituito dalla gestione pianificata dei nuovi modelli organizzativi.

RISORSE

Le Aziende devono reperire i fondi necessari nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate annualmente ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, attraverso la rimodulazione

dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza, quali ad esempio: percorsi diagnostico terapeutici, continuità assistenziale tra medicina di famiglia/specialistica ambulatoriale interna/ospedale, modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno, modelli organizzativi integrati.

REGIA REGIONALE

Mediante la costituzione di una Commissione tecnica regionale presieduta dal Segretario regionale sanità e sociale e composta di esperti regionali, aziendali e della medicina convenzionata, con il compito di verificare la conformità delle attività aziendali per le cure primarie alla programmazione regionale in materia.

ATTIVITÀ PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO CURE PRIMARIE - Anno 2009

Per attuare le indicazioni progettuali, sopra richiamate, è necessario attivare collaborazioni con le Aziende sanitarie che rappresentano modelli avanzati o che si dichiarano disponibili ad avviare forme di interazione con le Strutture regionali per progetti congiunti su alcuni settori delle Cure primarie.

Accanto ai gruppi di lavoro costituiti con l'Azienda sanitaria n. 4, DGR n. 2314 del 28/07/2009:

- supporto ai lavori della Commissione regionale Cure primarie.
- monitoraggio dei Piani Attuativi Locali che le Aziende debbono presentare entro il 31 luglio 2009.
- coordinamento fra il Progetto Cure Primarie e gli AACCN 2006 - 2009 per la MC, approvati in data 29 luglio 2009, nei settori:
 - giuridico,
 - economico,
 - progetti obiettivo,
 - analisi degli effetti prodotti dal Progetto Cure Primarie,

si rende, ora, opportuno attivare una ricerca sui PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) in riferimento agli obiettivi di salute individuati nel Progetto regionale, al fine di governare i processi assistenziali sopra descritti.

L'Azienda sanitaria di riferimento è la n. 13 che, a seguito di contatti informali, s'è dichiarata disponibile a svolgere tale attività.

RAPPORTO DI COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA SANITARIA N. 13 - 2009

Compiti: definizione e sviluppo di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) condivisi con la Medicina Specialistica e Ospedaliera, relativi agli obiettivi di salute individuati con la DGR n. 1575 del 2009.

Risorse umane: un dirigente medico esperto in Cure primarie.

Impegno orario: due giorni/settimana.

Sede di lavoro: presso l'Unità Complessa regionale Cure Primarie.

Contributo economico: euro 48.000,00= per l'esperto; per missioni, euro 2.000,00=. Totale euro 50.000,00= (cinquantamila/oo).

Erogazione del contributo:

- 50% all'esecutività del presente atto;
- il saldo a fine collaborazione, cioè entro settembre 2010, previa relazione sulle attività svolte.

Termine: settembre 2010.

2. di affidare alla Azienda sanitaria n. 13 l'attuazione delle attività indicate, secondo quanto sopra previsto ed in collaborazione con le strutture regionali di riferimento, per l'attuazione del Progetto in questione concedendo, a tale scopo, un contributo di euro 50.000,00 = (cinquantamila,00);

DGR 22.9.09, n. 2775 - D.G.R. n. 1313 del 5 maggio 2009 "Istituzione ed organizzazione di un coordinamento per la gestione delle emergenze sanitarie di sistema". Integrazione della

composizione del Comitato Regionale per le Emergenze Sanitarie di Sistema e dell'Unità di Crisi sanitaria (BUR n. 86 del 20.10.09)

DGR 22.9.09, n. 2828 - DGR. N. 764 del 24 marzo 2009 . Indizione di gara mediante procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza di telesoccorso e telecontrollo a domicilio con sistemi telematici integrati. Aggiudicazione all'impresa TESAN S.p.A con sede legale in Vicenza.(BUR n. 86 del 20.10.09)

DGR 29.9.09, n. 2897 - Progetto regionale 2009-2011 di razionalizzazione dei percorsi gestionali e diagnostico-terapeutici dell'osteoporosi (BUR n.88 del 27.10.09)

la Commissione Tecnica per l'Osteoporosi, ha altresì approvato il nuovo Progetto: "Razionalizzazione dei Percorsi Gestionali e Diagnostico-Terapeutici dell'Osteoporosi", 2009-2011, elaborato tenendo in considerazione le osservazioni svolte dai membri della Commissione medesima, dai Direttori dei Centri Specializzati di cui sopra di Padova e Verona, rispettivamente, dott. Sandro Giannini e prof. Silvano Adami, costituito da tre sotto progetti quali:

- n. 1 Progetto: RIRFRAT
- n. 2 Progetto: OSVE (Trattamento dell'osteoporosi Severa nel Veneto)
- n. 3 Progetto: Razionalizzazione Percorsi Diagnostici

1. di considerare le premesse parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

DGR 29.9.09, n. 2903 - "Modulo facoltativo tematico integrativo in Assistenza Odontoiatrica". Approvazione programmi formativi ed individuazione modalità propedeutiche all'avvio dei corsi. L.R. 20/2001 recante "La figura professionale dell'Operatore Socio Sanitario" (BUR n. 88 del 27.10.09)

DGR 29.9.09, n.2905 - D.G.R. n. 4532 del 28.12.2007 e D.G.R. n. 448 del 24.02.2009. Istituzione del Programma regionale sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente /sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente (BUR n. 88 del 27.10.09)

Note

PREMESSA

* I temi del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti si pongono come argomenti di rilevante severità che interessano vari settori della sanità ed hanno un forte impatto sociale.

* Una medicina sempre più tecnologica ed aspettative di cura sempre più elevate da parte dei cittadini hanno determinato una serie di criticità che pongono la gestione del rischio clinico come uno degli strumenti più importanti per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'AZIONE DELLA REGIONE

* Il modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente nel sistema socio-sanitario regionale del Veneto costituisce lo strumento attraverso il quale il Direttore Generale attua le politiche aziendali per la sicurezza del paziente, e coinvolge più attori all'interno dell'Azienda stessa:

- il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente
- il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente
- il collegio di direzione
- il nucleo aziendale per la gestione dei sinistri.

IL PROGRAMMA REGIONALE

Viene istituito uno specifico programma regionale, denominato *sviluppo del sistema regionale per la sicurezza del paziente /sviluppo del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente*, i cui obiettivi e attività sono dettagliati nell'**Allegato A** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, e vengono sinteticamente richiamati di seguito:

- coordinare i responsabili aziendali per la gestione della sicurezza del paziente, monitorando i programmi aziendali
- coordinare i gruppi operativi per l'esame delle linee guida ministeriali
- mantenere i rapporti con le società scientifiche interessate
- collaborare con l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria per l'implementazione di metodi e strumenti per la gestione del rischio clinico
- promuovere gli audit regionali previsti dalla DGR n. 1831/08
- collaborare con l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria per l'implementazione di metodi e strumenti per la gestione del conflitto e del contenzioso e per l'implementazione della gestione dei sinistri
- collaborare con l'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria alla gestione del flusso informativo sulla sicurezza del paziente.

DGR 6.10.09, n. 2989 - Progetto "Analisi e revisione del sistema di gestione delle attività degli SPISAL". Approvazione (BUR n. 90 del 3.11.09)

Note

PREMESSA

* Con DGR 1167 del 28.04.09 la Giunta Regionale ha approvato la prosecuzione del "Progetto di informatizzazione del sistema di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro del Veneto (Prevnet)" con l'obiettivo di giungere all'adozione presso tutti gli SPISAL della Regione di un sistema informativo standardizzato che garantisca l'omogeneità della registrazione dei dati, la creazione di banche dati comuni, il monitoraggio e il governo dei Servizi a livello regionale, la possibilità di sviluppo di sinergie con le altre amministrazioni pubbliche.

* Il Sistema informativo in fase di implementazione prevede modalità di registrazione delle prestazioni collegate alle competenze SPISAL partendo dalle definizioni condivise per le stesse a livello nazionale oltreché regionale.

* Il Sistema non misura il bisogno di risorse dei Servizi rispetto allo svolgimento delle diverse attività che dipende dalla complessità e numerosità delle fasi di lavoro richieste per la realizzazione di un unico prodotto e dalla necessità dell'intervento di più operatori o figure professionali diverse come contributo alla realizzazione delle stesse.

LE CONSEGUENZE

Si ravvisa l'opportunità di definire modalità comuni di misurazione del carico di lavoro imposto ai singoli operatori e ai Servizi nel loro complesso per lo svolgimento delle diverse attività, con la finalità di mettere a disposizione uno strumento utile ad accrescere le competenze e la cultura del controllo di gestione favorendo l'uniformità in ambito regionale delle modalità di lavoro e garantendo la comparabilità dei volumi di attività prodotti.

IL PROGETTO

Viene approvato il progetto "Analisi e revisione del sistema di gestione delle attività degli SPISAL" per lo sviluppo nell'ambito del sistema informativo Prevnet di un modulo per il controllo di gestione

delle attività dei Servizi che misuri, secondo precisi criteri di ponderazione, la complessità degli interventi svolti oltre che la numerosità degli stessi.

STRUTTURE ASSISTENZIALI

LAZIO

ORD, PGR 5.10.09, n.9 - Disposizioni urgenti per garantire l'assistenza della struttura RSA di Via del Sole in Lavinio già gestita dal Consorzio RI.REI (BU n. 41 del 7.11.09)

DD 22.9.09, n. 2884 - Deliberazione Giunta regionale 25 luglio 2008, n. 560 lettera B. 3 e determinazione dirigenziale n. 4478 del 29 dicembre 2008. Strutture residenziali per anziani, liquidazione della somma di euro 1.829.142,36 sul capitolo H41504 del bilancio regionale, esercizio finanziario 2009 (BUR n. 40 del 28.10.09)

LOMBARDIA

DGR 28.9.09, n. 8/10217 – Accredito posti letto nelle RSA per anziani ubicate nelle ASL di Lecco, Pavia e Sondrio a seguito delle determinazioni sulla programmazione degli accreditamenti, prevista dalla DGR 9243/09 – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 41 del 12.10.09)

DGR 7.10.09, n. 8/10246 – Accredito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “Mons. L.Olgiati” in Sesto S.Giovanni – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 7.10.09, n. 8/10247 – Accredito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “A. Donato” in Brusuglio di Cormano - Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 7.10.09, n. 8/10249– Accredito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “Casa S.Giorgio”- in Castel Goffredo - Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 7.10.18.09, n. 8/10251 – Modifica DGR 10055/09: Accredito posti letto nelle RSA per anziani ubicate nelle ASL di Valle Camonica, Sebino, Milano, I, Pavia e Varese a seguito delle determinazioni sulla programmazione degli accreditamenti, prevista dalla DGR 9243/09 – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 7.10.09, n. 8/10252 – Ampliamento dell'accrédito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “Il Sole” in Viadana – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 7.10.18.09, n. 8/10254 – Accredito posti letto nelle RSA per anziani ubicate nelle ASL di Brescia e Pavia a seguito delle determinazioni sulla programmazione degli accreditamenti, prevista dalla DGR 9243/09 – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 42 del 19.10.09)

DGR 13.10.18.09, n. 8/10308 – Accredito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “Laser” in Lecco – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 43 del 26.11.09)

DGR 13.10.18.09, n. 8/10310 – Accredito “RSA Baroni” in Milano – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 43 del 26.11.09)

DGR 28.10.09, n. 8/10393 – Accredito del Centro Diurno Integrato per Anziani non autosufficienti “Karol Wojtyła” in Limbiate – Finanziamento a carico del FSR per l'anno 2009 (BUR n. 45 del 9.11.09)

VALLE D'AOSTA

DGR 2.10.09, n. 2686 - Autorizzazione alla Società Isav S.p.A. di SAINT-PIERRE, all'esercizio di un'attività sanitaria nella struttura destinata all'assistenza riabilitativa ospedaliera per 80 posti letto, sita nel medesimo Comune, ai sensi della deliberazione della Giunta regionale (BUR n. 44 del 3.11.09)

VENETO

DGR 22.9.09, n. 2823 - L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali": accreditamento del Centro di Servizi per anziani non autosufficienti Centro Servizi Assistenziali di S. Antonio-Chiampo e Alta Valle - IPAB Chiampo. (BUR n. 86 del 20.10.09)

DGR 22.9.09, n. 2824 - L.R. 22/2002 "autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali": accreditamento del Centro di Servizi per anziani non autosufficienti di primo livello assistenziale "Istituto F. Botteselle" di Farra di Soligo (TV) - Fondazione Santa Augusta ONLUS di Conegliano (TV) (BUR n. 86 del 20.10.09)

DGR 22.9.09, n. 2825 - L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali": accreditamento del Centro di Servizi per anziani religiosi non autosufficienti "Villa San Giuseppe" di Mezzane di Sotto (VR) - Congregazione Piccole Figlie di San Giuseppe, Verona. (BUR n. 86 del 20.10.09)

DGR 22.9.09, n. 2827 - Residenzialità extraospedaliera per persone con disabilità. Scheda di rilevazione e di rendicontazione della residenzialità e della semiresidenzialità in area disabili (BUR n. 86 del 20.10.09)

Note

Nella Regione del Veneto il sistema di rendicontazione della residenzialità extraospedaliera per i non autosufficienti dal 2000 ad oggi ha subito trasformazioni e modifiche, determinate dalle politiche di intervento, dalla evoluzione normativa e dal progresso tecnologico e informatico; nel rispetto dell'obiettivo prioritario, costituito dal servizio e dal sostegno alle persone non autosufficienti anziane e disabili, una delle questioni centrali della gestione razionalizzata della spesa per la residenzialità resta la lettura aggregata delle esigenze assistenziali delle persone non autosufficienti, delle presenze in struttura e del fabbisogno.

Viene pertanto approvata una nuova rilevazione con apposita scheda che prevede il coinvolgimento diretto degli Enti gestori per l'inserimento dei propri dati e delle Aziende ULSS per i dati di propria pertinenza.

DGR 6.10.09, n. 2985 - L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali": accreditamento del Centro Servizi Centro Diurno per anziani non autosufficienti presso il Centro di Servizi per Anziani Anni Sereni di Scorzè (VE) - Consorzio Sociale CPS S.C. di Treviso (BUR n. 90 del 3.11.09)

TUTELA DEI DIRITTI

ABRUZZO

DCR 6.10.09 n. 19/5 - Nomina del Difensore civico della Regione Abruzzo BUR n. 56 del 30.10.09)

VENETO

L.R. 23.10.09, n. 27 - Norme per la tutela dei consumatori, degli utenti e per il contenimento dei prezzi al consumo (BUR n. 88 del 23.10.09)

Art. 1

Oggetto e finalità

1. La Regione del Veneto riconosce il fondamentale ruolo sociale ed economico dei cittadini quali consumatori e utenti di beni e servizi e ne promuove la tutela dei diritti e degli interessi, individuali e collettivi.
2. La Regione, in conformità alle norme dell'Unione europea e della legislazione nazionale, nell'esercizio dei propri poteri, assicura l'informazione e la protezione dei consumatori e degli utenti perseguendo i seguenti obiettivi:
 - a) la tutela della salute dei consumatori e degli utenti anche attraverso la salvaguardia e la valorizzazione dell'ambiente;
 - b) la sicurezza e la qualità dei prodotti e dei servizi, anche con riferimento alla fruibilità da parte di soggetti diversamente abili, attivando efficaci sistemi di identificazione, rintracciabilità, monitoraggio e vigilanza;
 - c) la tutela degli interessi economici e giuridici dei consumatori e degli utenti, favorendo la correttezza, la trasparenza e l'equità nei rapporti contrattuali e la soluzione delle controversie presso le sedi di conciliazione;
 - d) la promozione dell'informazione, dell'educazione, della formazione del consumatore e dell'utente, al fine di favorire scelte consapevoli, anche sotto il profilo etico e solidale, e sviluppare un più razionale rapporto socio-economico con la produzione e la distribuzione;
 - e) la promozione e lo sviluppo dell'associazionismo tra consumatori e utenti, valorizzando il diritto di ciascuno ad essere rappresentato e riconoscendo le funzioni di tutela e di rappresentanza delle associazioni che operano su base democratica;
 - f) la promozione della collaborazione tra le associazioni dei consumatori e degli utenti, le pubbliche amministrazioni e i soggetti che erogano servizi di pubblica utilità per l'erogazione dei medesimi servizi secondo standard di qualità e di efficienza.

Art. 2

Comitato regionale dei consumatori e degli utenti

1. È istituito presso la struttura regionale competente il comitato regionale dei consumatori e degli utenti, di seguito denominato comitato.
2. Il comitato è composto:
 - a) dall'assessore regionale competente per materia che lo presiede o, in caso di sua assenza o impedimento, dal segretario regionale di settore;
 - b) da un rappresentante per ciascuna delle associazioni dei consumatori e degli utenti, iscritte nel registro di cui all'articolo 5, dalle stesse designato;
 - c) dal dirigente della struttura regionale competente in materia di consumatori ed utenti o da un suo delegato;
 - d) da un rappresentante dei comuni designato dall'Associazione regionale comuni del Veneto;
 - e) da un rappresentante delle province designato dall'Unione regionale delle province del Veneto;
 - f) da un rappresentante delle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, designato dall'Unione regionale delle camere di commercio del Veneto.

3. Il Presidente del comitato è coadiuvato da un vicepresidente scelto dal comitato tra i componenti designati dalle associazioni dei consumatori e degli utenti.
4. Il comitato è costituito con decreto del presidente della Giunta regionale e rimane in carica per tutta la durata della legislatura.
5. Con il decreto di cui al comma 4, il Presidente della Giunta regionale nomina altresì i supplenti dei rappresentanti di cui alle lettere b), d), e) ed f) del comma 2, nonché il segretario del comitato scelto tra i dipendenti, di categoria non inferiore alla D, della struttura regionale competente in materia di consumatori ed utenti.
6. Le designazioni di cui alle lettere b), d), e) ed f) del comma 2 sono comunicate al Presidente della Giunta regionale entro trenta giorni dalla richiesta. Il comitato è validamente costituito e può funzionare con la nomina di almeno la metà dei componenti.
7. I componenti del comitato di cui alle lettere b), d), e) ed f) del comma 2 sono sostituiti con decreto del Presidente della Giunta regionale su proposta degli enti ed organismi che li hanno designati.
8. Il Presidente della Giunta regionale provvede alla costituzione del comitato entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Fino alla costituzione del comitato continua ad operare la consulta regionale prezzi e consumi di cui all'articolo 2 della legge regionale 15 gennaio 1985, n. 3 "Interventi in materia di tutela dei consumatori" e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 3

Funzionamento del comitato regionale dei consumatori e degli utenti

1. Il comitato si riunisce su convocazione del presidente almeno due volte l'anno, e, comunque, ogni qualvolta risulti necessario. Il presidente convoca il comitato anche su richiesta di un terzo dei componenti in carica.
2. Il comitato predispose la proposta di regolamento che disciplina il proprio funzionamento; la Giunta regionale approva la proposta, sentita la competente commissione consiliare.
3. La partecipazione al comitato a qualsiasi titolo non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 4

Compiti del comitato

1. Il comitato esprime pareri e formula proposte:
 - a) sugli atti di programmazione regionale e sui progetti di legge e di regolamento che riguardano i diritti e gli interessi dei consumatori e degli utenti;
 - b) sugli interventi regionali di tutela, informazione ed educazione dei consumatori e degli utenti;
 - c) sulla definizione dei criteri per la concessione di contributi regionali alle associazioni dei consumatori e degli utenti di cui all'articolo 5;
 - d) sui progetti di ricerca e di studio sui temi del consumo;
 - e) sulle attività dirette all'informazione e all'educazione dei consumatori e degli utenti e sulle iniziative volte a potenziare l'accesso alle procedure di conciliazione per la soluzione delle controversie.

Art. 5

Registro regionale delle associazioni dei consumatori e degli utenti

1. È istituito il registro regionale delle associazioni dei consumatori e degli utenti presso la struttura regionale competente.
2. L'iscrizione al registro delle associazioni dei consumatori e degli utenti a carattere regionale o delle sezioni regionali di associazioni nazionali, è subordinata al possesso, da comprovare con la presentazione di idonea documentazione, dei seguenti requisiti:

- a) avvenuta costituzione, per atto pubblico o per scrittura privata autenticata, da almeno tre anni e possesso di uno statuto che sancisca un ordinamento a base democratica e preveda come scopo esclusivo la tutela dei consumatori e degli utenti senza fine di lucro;
 - b) tenuta di un elenco degli iscritti, aggiornato annualmente, con l'indicazione delle quote versate direttamente all'associazione per gli scopi statutari;
 - c) numero di iscritti non inferiore allo 0,5 per mille della popolazione regionale e presenza di sportelli sul territorio in almeno quattro province della regione; gli sportelli devono essere ubicati in sedi autonome rispetto ad altre attività economiche;
 - d) svolgimento di un'attività continuativa nell'ambito della Regione nei tre anni precedenti;
 - e) elaborazione di un bilancio annuale delle entrate e delle uscite e tenuta dei libri contabili conforme alle norme vigenti in materia;
 - f) non avere i suoi rappresentanti legali subito alcuna condanna passata in giudicato, in relazione all'attività dell'associazione medesima, e non rivestire la qualifica di imprenditori o di amministratori di imprese di produzione e servizi in qualsiasi forma costituite, per gli stessi settori in cui opera l'associazione.
3. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, disciplina la procedura per l'iscrizione delle associazioni al registro regionale e per l'aggiornamento dello stesso.
4. L'iscrizione nel registro è condizione necessaria per l'accesso ai finanziamenti regionali previsti a sostegno dell'associazionismo e per la realizzazione di iniziative in materia di tutela dei consumatori e degli utenti.

Art. 6

Interventi regionali a tutela dei consumatori e degli utenti

1. La Giunta regionale, entro il 30 aprile di ogni anno approva, sentiti il comitato di cui all'articolo 2 e la competente commissione consiliare, il programma delle iniziative da realizzare a tutela dei consumatori e degli utenti in base alle risorse disponibili.
2. Il programma prevede:
 - a) le iniziative che la Regione intende intraprendere direttamente a tutela dei consumatori e degli utenti. Gli interventi stabiliti possono essere realizzati anche in collaborazione con gli enti locali, le altre regioni, le associazioni dei consumatori di cui all'articolo 5, le camere di commercio o con altri soggetti pubblici o privati;
 - b) le iniziative delle associazioni dei consumatori e degli utenti per la cui realizzazione vengono erogati contributi regionali. A tal fine le associazioni iscritte nel registro di cui all'articolo 5, entro il 30 settembre di ogni anno, presentano alla Giunta regionale i progetti che intendono realizzare nell'anno successivo per i quali richiedono il finanziamento regionale, muniti di una relazione illustrativa delle finalità da raggiungere e del preventivo di spesa;
 - c) i contributi da erogare a sostegno della funzionalità ed organizzazione delle associazioni dei consumatori e degli utenti;
 - d) la ripartizione delle risorse tra le varie iniziative. L'ammontare dei contributi assegnati ai sensi della lettera c) non può comunque eccedere il 30 per cento dei fondi disponibili.
3. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentito il comitato regionale dei consumatori e degli utenti ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), stabilisce i criteri e le modalità con cui vengono assegnati i finanziamenti regionali di cui alle lettere b) e c) del comma 2, le modalità di rendicontazione dei contributi assegnati ed i casi di revoca degli stessi.
4. Fino a quando la Giunta regionale non ha stabilito i criteri e le modalità previsti dal comma 3, continuano ad applicarsi i criteri e le modalità previsti dall'articolo 6 della legge regionale 15 gennaio 1985, n. 3 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 7

Informazione dei consumatori e degli utenti

1. Il programma di cui all'articolo 6 prevede altresì iniziative dirette all'informazione e all'educazione dei consumatori e degli utenti, anche attraverso l'utilizzo più ampio dei mezzi di comunicazione e di strumenti telematici.
2. La Giunta regionale, in collaborazione con le autorità sanitarie, scolastiche e le associazioni dei consumatori, promuove programmi di educazione al consumo per gli studenti, il personale docente ed i genitori.
3. La Giunta regionale promuove programmi analoghi a quelli di cui al comma 2 nei confronti degli anziani e di altri soggetti appartenenti alle categorie di consumatori maggiormente vulnerabili.

Art. 8

Monitoraggio permanente dei prezzi di beni e servizi

1. Presso la struttura regionale competente è istituito l'osservatorio regionale dei prezzi.
2. L'osservatorio regionale dei prezzi cura, ai fini della programmazione delle politiche di settore, il monitoraggio permanente dei prezzi dei beni e servizi di particolare interesse per il consumatore e per l'utente, approfondendo e valutando le specificità degli andamenti regionali, con particolare riferimento ai prodotti tipici veneti.
3. L'attività di monitoraggio di cui al comma 2 può essere realizzata, oltre che con la collaborazione di altre strutture regionali, anche avvalendosi, previa apposita convenzione, dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), di università, di enti ed istituti di ricerca, delle autonomie locali, delle associazioni iscritte al registro di cui all'articolo 5 o di altri enti e soggetti pubblici o privati.
4. La Giunta regionale dispone studi, ricerche, indagini a fronte di dati evidenziati dall'osservatorio che rivelano l'esistenza di fenomeni distorsivi per il consumatore e per l'utente.
5. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentite le associazioni dei consumatori iscritte nel registro previsto dall'articolo 5, determina le modalità e i criteri procedurali per la costituzione e il funzionamento dell'osservatorio.

Art. 9

Provvedimenti per il contenimento dei prezzi al consumo

1. La Giunta regionale promuove intese tra le associazioni dei consumatori e quelle dei produttori, dei commercianti e dei pubblici esercenti, volte a sostenere iniziative di difesa del potere di acquisto delle famiglie, anche attraverso l'organizzazione di panieri di beni di generale e largo consumo a prezzi contenuti e giustificati.
2. L'adesione alle iniziative di cui al comma 1 può costituire per le imprese un titolo di priorità per l'assegnazione di contributi e finanziamenti regionali.
3. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, disciplina le modalità attuative delle intese di cui al comma 1 e le forme di comunicazione al pubblico delle imprese aderenti, anche prevedendo forme di collaborazione con gli enti locali e con le camere di commercio.

Art. 10

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in euro 1.250.000,00 per ognuno degli esercizi 2009, 2010 e 2011, si provvede:
 - a) quanto a euro 250.000,00 mediante prelevamento delle risorse allocate all'upb U0185 "Fondo speciale per le spese correnti", partita n. 2 "Interventi a favore dei consumatori" e contestuale incremento dell'upb U0071 "Azioni a sostegno dell'associazionismo per il commercio" del bilancio di previsione 2009 e pluriennale 2009-2011;
 - b) quanto a euro 1.000.000,00 utilizzando le risorse allocate nell'upb U0071 "Azioni a sostegno dell'associazionismo per il commercio" del bilancio di previsione 2009 e pluriennale 2009-2011.

ABRUZZO

L.R. 30.10.09 n. 22 - Disposizioni sulla partecipazione della Regione Abruzzo ai processi normativi dell'Unione Europea e sulle procedure d'esecuzione degli obblighi comunitari bur n. 57 del 6.11.09