

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' ISTISSS in quanto ONLUS per lo svolgimento delle attività istituzionali.

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

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

PANORAMA LEGISLATIVO

N. 39 GIUGNO 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’ISTISSS con il presente numero inaugura uno specifico spazio dedicato alla illustrazione e commento (per gli atti più importanti e significativi) della legislazione e degli atti amministrativi statali e della legislazione e degli atti amministrativi delle Regioni, articolati per aree tematiche riferite sia alla articolazione funzionale che si collega alle materie indicate nel dlgs.112/98, sia a più specifici approfondimenti di campi più “mirati” in rapporto alle realizzazioni delle politiche sociali e di welfare.

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

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

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 31 maggio 2009

ASSISTENZA PENITENZIARIA

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA DELIBERAZIONE 6 marzo 2009

Fondo sanitario nazionale 2008 - Ripartizione delle disponibilità finanziarie tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano destinate al finanziamento della sanità penitenziaria. (Deliberazione n. 9/2009). (GU n. 115 del 20-5-2009)

BILANCIO

**MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
COMUNICATO**

Conto riassuntivo del Tesoro al 28 febbraio 2009 Situazione del bilancio dello Stato (GU n. 113 del 18-5-2009 - Suppl. Straordinario)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 15 aprile 2009 - Certificazione relativa al rispetto degli obiettivi del patto di stabilita' interno, per l'anno 2008, delle province e dei comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti. (GU n. 113 del 18-5-

CORTE DEI CONTI

DELIBERAZIONE 7 maggio 2009 - Linee guida e relativi questionari per gli organi di revisione economico-finanziaria degli enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 166-168, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Bilancio di previsione 2009. (Deliberazione n. 6/AUT/2009/INPR). (GU n. 121 del 27-5-2009)

FISCO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 12 maggio 2009 - Approvazione del modello di dichiarazione agli effetti dell'Imposta comunale sugli immobili (ICI) per l'anno 2008 e seguenti e delle relative istruzioni. (GU n. 113 del 18-5-2009)

COMMISSIONE TRIBUTARIA REGIONALE DELLA PUGLIA

DECRETO 11 maggio 2009 - Nomina dei componenti dell'Ufficio del garante del contribuente per la regione Puglia per il quadriennio 19 maggio 2009-19 maggio 2013. (GU n. 113 del 18-5-2009)

LAVORO

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 27 marzo 2009 - Determinazione, a decorrere dal 2008, dell'aumento in via straordinaria delle indennita' dovute dall'INAIL a titolo di recupero del valore dell'indennita' risarcitoria del danno biologico. (GU n. 120 del 26-5-2009)

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

DPCM 31 marzo 2009, n. 49

Regolamento di integrazione al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 novembre 2006, n. 312, concernente il trattamento dei dati sensibili e giudiziari presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. (GU n. 114 del 19-5-2009)

SANITA'

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 28 gennaio 2009 - Corresponsione ai soggetti beneficiari dell'assegno «una tantum» per danni da vaccino. (GU n. 115 del 20-5-2009)

DPR 21 maggio 2009

Attribuzione del titolo di vice Ministro al Sottosegretario di Stato presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali prof. Ferruccio Fazio, a norma dell'articolo 10, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400. (GU n. 122 del 28-5-2009)

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

DECRETO 8 gennaio 2009 - Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270. (GU n. 122 del 28-5-2009)

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali Regionali effettivamente pervenuti al 22 maggio arretrati compresi

ANZIANI

PIEMONTE

D.D. 30.4.09, n. 132 - Bando per l'attivazione di progetti in materia di Servizio civico volontario delle persone anziane di cui alla D.G.R. n. 49-9267 del 21.07.2008. Approvazione graduatoria ed assegnazione risorse. (BUR n. 19 del 14.5.09)

* Il bando di cui alla D.G.R. n. 49-9267 del 21 luglio 2008, individuava all'art. n. 9 i seguenti criteri per la valutazione dei progetti con l'assegnazione di uno specifico punteggio:

- esperienza;
- qualità ed organicità del progetto;
- verifica del progetto;

- interventi a favore delle persone;
- interventi riguardanti l'ambiente;
- partnership;

* la somma prevista quale contributo massimo per ciascun progetto era di:

- € 40.000,00 per le Amministrazioni con popolazione superiore a 10.000 residenti;
- € 30.000,00 per le Amministrazioni con popolazione compresa tra 5.001 e 10.000 residenti;
- € 20.000,00 per le Amministrazioni con popolazione fino a 5.000 ;

* a tale scopo, la Giunta regionale ha destinato nell'anno 2008 la somma complessiva di euro 2.500.000,00 (cap.152935/2008 assegnazione n. 100692);

* sono pervenuti complessivamente n. 295 domande, di cui una pervenuta fuori termine, ovvero oltre la data definita quale termine perentorio del 31 ottobre 2008 come espresso nell'Allegato B, parte integrante alla D.D. n 213 del 23 luglio 2008;

* viene approvata la graduatoria dei progetti di cui alla D.G.R. n. 49-9267 del 21 luglio 2008 e successiva D.D n. 213 del 23 luglio 2008, relativa al servizio civico volontario per le persone anziane ai sensi dell'art 13 della L.R. 1/2004, allegata alla presente determinazione (Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto);

ASSISTENZA PENITENZIARIA

VENETO

DGR 28.4.09, n. 1179 Iniziative socio-educative a favore di persone detenute e in area penale esterna. Determinazione dei criteri, requisiti, modalità e termini per la presentazione ed il finanziamento dei progetti. (Protocollo di Intesa Regione Veneto e Ministero della Giustizia 3 aprile 2003). (BUR n. 40 del 15.5.09)

Note

PREMESSA

* La Regione del Veneto, in considerazione "della finalità rieducativa della pena e della finalizzazione al reinserimento sociale", sancita dall'art. 27 della Costituzione, si è dotata di normativa, atti e organismi, affinché i diversi soggetti istituzionali e la comunità civile, nelle loro molteplici espressioni e specifiche competenze, promuovano azioni mirate al superamento delle difficoltà, che ostacolano l'esercizio dei diritti da parte delle persone in esecuzione penale - adulti e minori - e la loro inclusione sociale.

* L' esecuzione penale, infatti, diventa strumento efficace solo grazie ad un'azione multilivello, dalla prevenzione del disagio fino alla prospettiva del reinserimento sociale, che investa tutte le componenti sociali, Stato, Regioni, Enti Locali e società civile nelle varie forme organizzate, azione che si richiama ai principi di sussidiarietà verticale e orizzontale.

* Infatti, a seguito dell'entrata in vigore del d.lg.vo 112/98, della Legge 328/00 e, da ultimo, della Legge Costituzionale n. 3/01 di modifica del Titolo V della Costituzione, le Regioni e le Amministrazioni locali hanno assunto un ruolo sempre più decisivo nell'indirizzo di programmazione, coordinamento ed attuazione delle politiche sociali, in grado di abbracciare tutte le materie su cui si fonda il trattamento penitenziario e le politiche socio-educative di reinserimento sociale.

* Contemporaneamente, anche i cittadini singoli e associati sono favoriti nello svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale (ultimo comma art. 118 Cost.).

* L'attenzione che la Giunta Regionale, ha da sempre garantito ai temi dell'esecuzione penale e del reinserimento sociale degli ex detenuti, ha trovato la sua espressione più completa nel Protocollo di Intesa con il Ministero della Giustizia, sottoscritto nel luglio 1988 e ridefinito nell'aprile 2003.

* L'atto definisce il sistema di azioni che, attraverso processi di collaborazione ed integrazione interistituzionali, concorrono al superamento del carcere come unica possibile risposta al problema della criminalità e devianza sociale e all'individualizzazione e flessibilità del trattamento del condannato, con il determinante contributo della comunità esterna.

* Nel contempo, ha previsto l'istituzione della Commissione Interistituzionale permanente cui è affidato un compito consultivo di definizione di priorità e di monitoraggio delle azioni, promosse dal Protocollo medesimo.

* Il coinvolgimento di più attori sociali, nel contribuire all'attuazione del principio costituzionale del reinserimento sociale della persona in esecuzione penale e in uscita da percorsi giudiziari, impone, di conseguenza, la condivisione culturale degli obiettivi comuni, che devono tradursi in azioni integrate, mirate a garantire un'offerta di opportunità e risorse a valenza socio-educativa, finalizzate a sostenere le attività trattamentali e di inserimento sociale, con l'obiettivo generale di prevenire il fenomeno della recidiva.

* In tale contesto, la Regione del Veneto promuove, a favore delle persone detenute all'interno degli Istituti Penitenziari del Veneto e delle persone in area penale esterna, la realizzazione di iniziative socio educative, coinvolgendo gli organismi privati, del Volontariato e del Terzo Settore.

* Per la realizzazione degli interventi a favore delle persone detenute ed in area penale esterna, il bilancio di previsione 2009 ha stanziato, sul capitolo di spesa 61470, Euro 400.000,00, che si propone di ripartire come di seguito indicato:

- Euro 300.000,00 destinati a progetti a favore di persone detenute negli Istituti di Pena del Veneto;
- Euro 100.000,00 destinati a progetti a favore di persone in area penale esterna.

* Al finanziamento possono partecipare i sotto elencati Enti, a condizione che abbiano sede legale nella Regione Veneto:

1. Cooperative sociali iscritte all'Albo regionale delle Cooperative sociali di cui alla L.R. 23/2006;
2. Associazioni di volontariato iscritte nel Registro Regionale di cui alla L.R. 40/1993;
3. Associazioni di promozione sociale (L.R.n. 27 del 13 settembre 2001, art. 143 - D.G.R n. 2652/02), la cui attività sia finalizzata agli obiettivi previsti dal presente provvedimento;
4. Enti riconosciuti delle confessioni religiose;
5. Altri Enti che abbiano precise finalità sociali.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'**Allegato A** che contiene:

- l'indicazione degli obiettivi, attività, vincoli cui i progetti devono attenersi;
- i requisiti di ammissibilità, i criteri per la valutazione dei progetti e per l'assegnazione del finanziamento;
- la scheda progettuale da inviare alla Regione del Veneto.

BARRIERE ARCHITETTONICHE

VENETO

DGR 5.5.09. n. 1309 - "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche". Piano annuale d'intervento per l'anno 2009. - L.R. n. 16/07. Approvazione del provvedimento n. 32/CR del 10.3.2009. (BUR n. 44 del 9.5.09)

* La legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche", entrata in vigore il 31/07/2007, promuove iniziative ed interventi atti a garantire la fruibilità degli edifici pubblici, privati e degli spazi aperti al pubblico da parte delle persone con disabilità attraverso il finanziamento di interventi volti:

1. alla realizzazione di opere intese a rendere fruibili gli edifici e spazi privati aperti al pubblico;
2. alla realizzazione di opere intese a rendere fruibili gli edifici privati di civile abitazione;
3. all'acquisto di facilitatori della vita di relazione;
4. all'adattamento dei mezzi di locomozione privati.

* E autorizzata la spesa di 2.000.000,00 euro per l'attuazione degli interventi.

EDILIZIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 27.4.09, n. 577 - Fondo regionale per l'accesso alle abitazioni in locazione di cui all'art. 38 della L.R. 24/2001 - Criteri attuativi anno 2009 (BUR n. 92 del 21.5.09)

Note

* Viene disposta per l'anno 2009 la ripartizione delle risorse del Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, secondo le disposizioni degli artt. 38 e 39 della Legge Regionale n. 24/2001, allo scopo di erogare contributi integrativi ai conduttori per il pagamento dei canoni di locazione;

* i Comuni, sulla base delle risorse loro assegnate dal presente atto, definiscono la graduatoria applicando i requisiti minimi stabiliti dal DM del 7/6/1999.

FAMIGLIA

PIEMONTE

DGR 18.5.09, n. 34–11439 - Intesa in materia di servizi socio–educativi per le prima infanzia, di cui all'art. 1, comma 1259, della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 – Conferenza unificata atto n. 83/CU del 26 settembre 2007 – DD.G.R. n. 15–8962 del 16/06/2008 e n. 37–8337 del 3 marzo 2008 e s.m.i. – Approvazione criteri di riparto e modalita' di uso del fondo di euro 4.843.598,88 al cap. 226190/2009. (BUR n, 20 del 21.5.09)

GIOVANI

CAMPANIA

DGR 30.4.09, n. 788 - Contributo Regionale a favore della Fondazione "Villaggio dei ragazzi" di Maddaloni (CE) di cui all'art. 17 c. 7 della Legge Regionale n. 1 del 19 gennaio 2009.(BUR n. 29 del 18.5.09)

SICILIA

DASS 20.4.09 - Avviso per la richiesta di cofinanziamento per i progetti destinati ai giovani e presentati in ambito europeo in attuazione dell'azione 5 "Orientati verso l'Europa" dell'accordo di programma quadro "Giovani protagonisti di se e del territorio" della Regione siciliana. (GURS n. 20 dell'8.5.09)

INTERVENTI ASSISTENZIALI

VENETO

DGR 28.4.09, n. 1180 - Piani di azione di inclusione sociale a favore di persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, di persone in povertà estrema e senza dimora. Determinazione dei criteri, requisiti, modalità e termini per la presentazione ed il finanziamento degli interventi locali di inclusione sociale (L.R. 41/97 - art. 28 L. n. 328/00).(BUR n. 40 del 15.5.09)

Note

PREMESSA

- Regione del Veneto da diversi anni, per affrontare il complesso e articolato fenomeno della marginalità sociale, ha elaborato linee di indirizzo che individuano due aree specifiche di intervento:
 - L'ambito relativo alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale;
 - L'ambito relativo alle persone in povertà estrema e senza dimora.

In tale contesto, la Regione del Veneto ha supportato le azioni dei soggetti pubblici e privati attraverso finanziamenti mirati, volti a promuovere interventi specifici per i gruppi target, secondo i seguenti obiettivi generali:

- 1) Iniziative a favore delle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale, previste dalla Legge regionale n. 41/97, con l'obiettivo generale di promuovere e sostenere le progettazioni e le partnership, presenti nei singoli territori, a tutela delle persone soggette all'abuso e allo sfruttamento sessuale;
- 2) Iniziative a favore delle persone in povertà estrema e senza dimora, individuate dall'art.28 della legge 328/00, con l'obiettivo di promuovere e sostenere l'implementazione delle reti

istituzionali e del terzo settore, presenti nelle comunità locali, affinché avviano e consolidino interventi finalizzati all'inclusione sociale delle persone senza dimora;

Per la realizzazione di tali interventi, la Regione ha emanato appositi bandi, ciascuno indirizzato ad una specifica area di intervento individuata dalla normativa esistente.

Nello specifico, il provvedimento regionale:

- ha valorizzato, capitalizzato e promosso il modello espresso dalla sinergia fra programmazione regionale e progettazione locale, sperimentato grazie ai finanziamenti derivanti dall' art.28 L. 328/00;
- ha introdotto il concetto di piano integrato per l'inclusione sociale, superando gli interventi settoriali per target;
- ha superato la logica del bando, ripartendo il finanziamento secondo criteri predefiniti, affinché l' elaborazione della progettazione potesse riferirsi a risorse certe;
- ha avviato un processo di integrazione delle diverse aree di intervento, volto a favorire collaborazioni su base locale fra diversi soggetti;
- ha garantito, in ogni territorio provinciale, lo sviluppo di un modello di partnership e coprogettazione fra soggetti pubblici e del non profit, a favore dei due target;
- ha evitato che, la frammentazione di risorse finanziarie esiguesse tra una pluralità di beneficiari, comportasse la totale inefficacia delle stesse.

Con il presente provvedimento è confermato l'impegno economico per gli ambiti di intervento relativi alle azioni a favore dei suddetti target, consolidando una funzione di indirizzo che, grazie all'individuazione di un livello territoriale di governo, promuova la diffusione progettuale nelle sette province, il potenziamento delle partnership fra la pluralità di soggetti pubblici e l'ottimizzazione dell' utilizzo delle risorse finanziarie.

LA DISPOSIZIONE

Con il presente provvedimento si individuano nei Comuni capoluogo i destinatari dei finanziamenti regionali, i soggetti capofila della progettazione e i titolari dei piani di azione locale di inclusione sociale, responsabili della selezione, del coordinamento e dell' integrazione degli interventi.

Viene altresì approvato l'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, che contiene le Linee Guida per la presentazione dei piani di azione di inclusione sociale.

In particolare, le Linee Guida contengono gli obiettivi generali del Piano di Azione Locale e le indicazioni circa le modalità per la sua elaborazione, declinate per le specifiche aree progettuali di cui è composto: area relativa alle persone vittime di abuso e sfruttamento sessuale e area delle persone in povertà estrema e senza dimora. Per ciascuna area sono indicati gli obiettivi, le attività e i vincoli, cui devono attenersi le progettazioni territoriali.

Nell'ambito di tale programmazione, all'Osservatorio regionale Devianze, Carcere e Marginalità Sociali, istituito con DGR 2157 del 9.10.2007, sono assegnate le seguenti funzioni da realizzare attraverso un processo di condivisione con i soggetti territoriali, titolari degli interventi:

- promuovere azioni di sistema attraverso la definizione di accordi di programma e protocolli operativi con soggetti del sistema produttivo, per sviluppare progetti di inserimento sociale, complementari alle iniziative regionali di cui al presente provvedimento;

- fornire strumenti operativi e metodologici a supporto delle progettazioni territoriali, sostenendo le azioni degli Enti locali e dei soggetti coinvolti nelle partnership;
- costruire un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi.

ISTRUZIONE

VENETO

DGR 31.3.09, n. 834 - Piano annuale per l'orientamento. DGR 3634 del 25/11/2008.

Approvazione e finanziamento di interventi di attuazione in materia di orientamento per giovani in diritto dovere all'istruzione e alla formazione professionale per il biennio 2009-2010. (BUR n. 44 del 29.5.09)

Note

* Il "Piano annuale degli interventi regionali in materia di osservazione del mercato del lavoro, informazione e orientamento al lavoro, formazione professionale e sostegno all'occupazione" approvato con DGR n. 583 dell'11.03.2008, individua le linee di intervento e gli obiettivi che le strutture regionali competenti devono perseguire negli anni 2008 e 2009. Tra gli ambiti assegnati alla Direzione Lavoro figurano gli interventi sull'orientamento, per i quali, a seguito dell'emanazione della Deliberazione n. 3634 del 25/11/2008 sul Piano annuale per l'Orientamento, è stato realizzato il provvedimento di approvazione dei progetti che produrranno i propri effetti nel 2009, mentre attualmente sono in via di conclusione le iniziative approvate alla fine dell'anno 2007 per il 2008.

* Con il Piano annuale 2009, è stata rilevata la necessità di un intervento complessivo per assicurare un miglior funzionamento degli strumenti a supporto delle attività progettuali. Tale intervento ha avuto inizio, oltre che con il Piano annuale stesso, anche con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 3632 del 25/11/2008 che ha previsto l'implementazione del progetto "Borsino delle Professioni" attraverso la realizzazione di attività di sistematizzazione e di sviluppo della funzionalità del sistema di incontro tra la domanda e l'offerta di professionalità per un periodo che copre tutto l'anno 2009 ed il primo semestre 2010.

* Con il presente provvedimento viene completato l'intervento summenzionato con la promozione di interventi di orientamento delle Province e di sistema per il diritto dovere all'istruzione e alla formazione per l'anno 2010. Gli interventi saranno realizzati in stretta collaborazione con le Province, le reti di istituti scolastici e centri di formazione, università e con l'ente strumentale regionale Veneto Lavoro.

MINORI

VENETO

DGR 28.5.09, n. 1152 - Progetto "La scuola in Ospedale". Anno scolastico 2008/09. (BUR n. 41 del 19.5.09)

Note**PREMESSA**

* La legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", all'art. 4, prevede interventi diretti alla tutela dei diritti del bambino malato e ospedalizzato.

* Il servizio scolastico presso le strutture ospedaliere rappresenta, prima ancora di un'erogazione didattica in sostituzione di quella ordinaria, il riconoscimento di un diritto costituzionalmente

garantito, oltre che l'affermazione della cultura della solidarietà a favore dei più deboli, anche alla luce della normativa internazionale, come la "Carta Europea dei diritti dei bambini degenti in ospedale", adottata con risoluzione del 13 maggio 1986", di cui alla risoluzione del *Parlamento europeo del maggio 1986*, la "Convenzione sui diritti del fanciullo", approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 a New York e il Documento europeo conclusivo del Seminario dell'OCSE di Stoccarda del 1991.

* In Europa gli interventi sullo studente malato sono ormai un dato di fatto, comuni a tutti i paesi; i numerosi Convegni internazionali mettono in luce problemi comuni e comuni prospettive di intervento. Così nel Convegno del 23-24 marzo 2007, tenutosi a Parigi, "Scolariser l'enfant malade" sono stati dibattuti da esperti europei i due temi centrali: 1) Come assicurare all'allievo il legame con la sua scuola, realtà che diviene ancor più importante a fronte della malattia, 2) come conciliare, al meglio, l'intervento pedagogico e le cure necessarie. Anche il Convegno tenutosi a Padova, il 28 Novembre 2008 ha evidenziato, pur con differenze legate alle diversità dei sistemi formativi dei singoli paesi, un andamento comune nelle modalità di intervento; la relazione di C. Lieutenant ha aperto e sollecitato la cooperazione di reti europee che mettano in comune le rispettive esperienze. Agisce già, a livello internazionale, l'associazione Hope, cui fanno riferimento numerosi insegnanti e dirigenti che vivono queste esperienze professionali.

* In Italia le prime scuole ospedaliere statali nacquero negli anni 50 del '900, ma occorre arrivare alla legge 118/1971 perché la scuola ospedaliera sia istituzionalizzata.

* Dagli anni '80 in avanti si dedicano approfondite riflessioni pedagogiche al tema del bambino in ospedale, ai suoi bisogni, ai suoi diritti e ai suoi problemi. Tra il 1980 e il 1991 sono emanate tre circolari ministeriali particolarmente significative (n°354/86, n°324/90, n°168/91) con l'intento di organizzare e regolamentare l'attività delle scuole elementari in ospedale. Nel 1994 è autorizzato il funzionamento delle scuole medie inferiori negli istituti di cura.

* Intervenendo quindi in una realtà già operativa, in data 24 settembre 2000 viene siglato fra i Ministri pro tempore della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale un protocollo d'intesa sulla scuola in ospedale. Le novità introdotte dal documento riguardano essenzialmente l'estensione delle attività educative e didattiche alle scuole di ogni ordine e grado, con particolare riferimento alle scuole secondarie di 1° grado, nonché l'attivazione di forme di istruzione domiciliare, qualora la grave patologia in atto, pur non prevedendo il ricovero, impedisca la frequenza scolastica per almeno 30 giorni.

* Il 26 febbraio 2001 viene pubblicata la C.M. n. 43, protocollo n.283, avente come oggetto il Protocollo d'Intesa del 27 settembre 2000, tra i Ministri della Pubblica Istruzione, della Sanità e della Solidarietà Sociale, per la "Tutela dei diritti alla salute, al gioco, all'istruzione ed al mantenimento delle relazioni affettive ed amicali dei cittadini di minore età malati". Per le scuole medie di secondo grado viene auspicata la costituzione di una "rete di più scuole che veda presenti, ove possibile, anche più indirizzi di studio, individuando una scuola capofila che coordini la rete".

* Un altro protocollo d'intesa, siglato in data 23 febbraio 2001 fra i Ministeri della P.I., della Sanità, dei Beni e Attività Culturali, mira a contrastare il disagio giovanile e ad arricchire l'offerta formativa per gli alunni e le famiglie della scuola in ospedale, favorendo iniziative culturali ludiche e ricreative e promuovendo l'arte e lo spettacolo nelle scuole in ospedale.

* La C.M. n. 43 del febbraio 2001, esplicativa del protocollo d'intesa 27/9/2001, pone particolare attenzione all'estensione del servizio scolastico in ospedale anche all'istruzione secondaria di secondo grado, sottolineando l'esigenza di una stabilizzazione in organico almeno per le discipline

dell'area comune: italiano, storia, matematica, lingue straniere, diritto ed economia, scienza della Terra e biologia.

* Nel Veneto il servizio di Scuola in ospedale nasce nella Clinica Pediatrica dell'Università di Padova nell'a.s. 1974-1975, inizialmente come emanazione della scuola elementare "R. Ardigò" e poi come realtà autonoma. Nell'anno successivo è possibile coprire I e II ciclo e, nel 1977, anche la scuola materna, la prima nel territorio Italiano. Nel 1996 è creata la pluriclasse della scuola media.

* Le lezioni sono aperte a tutti e non obbligatorie, prevedono interventi flessibili e personalizzati e una continua collaborazione con la scuola di provenienza. Gli insegnanti svolgono le loro attività sia nelle aule comuni, che nelle stanze di degenza per i bambini che non possono muoversi, utilizzando ausili vari quali vassoi per i puzzle, una biblioteca e videoteca mobile, giochi da tavolo, ecc... Vengono realizzati progetti rivolti a bambini di altre scuole per facilitare il contatto con la struttura sanitaria e per realizzare collaborazioni sul piano didattico. Vi sono inoltre altre figure, sempre con ruoli educativi e di animazione, che operano con maggiore o minore continuità al di fuori del dipartimento Pediatria.

* Nel gennaio 2002, su iniziativa degli Istituti Superiori "Calvi" - "Marchesi - Fusinato", viene stipulata una convenzione con la Direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Padova per l'attuazione del Progetto triennale sperimentale "*Web for Help - La Scuola Superiore in Ospedale*", ai sensi delle CC.MM. 43/2001 e 149/2001. Il 6 marzo 2002 una decina di docenti dei tre Istituti proponenti il Progetto "Web for Help" avviano l'insegnamento di tutte le discipline dell'area comune presso il Dipartimento di Pediatria dell'Ospedale di Padova.

* Il servizio è svolto esclusivamente dai docenti che hanno dichiarato la loro disponibilità, utilizzando "ore a disposizione entro le 18 ore settimanali" e alcune altre ore "eccedenti le 18", retribuite con i fondi dei rispettivi Istituti. Per garantire la pluralità degli indirizzi presenti nella scuola superiore italiana, gli Istituti I.T.C. "Calvi" (scuola capofila) e il L.C. "Marchesi- Fusinato" costituiscono una Rete di supporto con istituti del Territorio a diverso indirizzo, denominata "Superiori in corsia - Web for help extension".

*La valenza formativa del servizio d'insegnamento ospedaliero prestato dal Web for help trova conferma nella nuova "Convenzione per lo svolgimento dell'attività scolastica rivolta ai minori delle strutture ospedaliere" della città di Padova, stipulata in data 18.04.2005, non solo con l'Azienda Ospedaliera di Padova, ma anche con l'ULSS 16. Nel Maggio 2005 prende il via l'insegnamento superiore ospedaliero presso il Presidio Sanitario "Sant'Antonio" dell'ULSS n. 16. Viene riconosciuto il personale docente in organico di diritto e quindi si dà stabilità anche alla scuola secondaria di 2° grado.

LA DISPOSIZIONE

Viene autorizzata la prosecuzione dell'azione della Regione, a sostegno del progetto riguardante la Scuola in Ospedale e l'Istruzione domiciliare, anche per l'anno scolastico 2008-2009, destinando all'iniziativa la somma complessiva di € 100.000,00

NON AUTOSUFFICIENTI

TOSCANA

DGR 11.5.09, n. 385 - Atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della Legge Regionale 66/08 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza".(BUR n. 20 del 20.5.09)

Note**PREMESSA**

La L.R. 41/2005 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) e in particolare l'articolo 47, relativo alla compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni;

La legge regionale 66/2008 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza) all'articolo 14 prevede che le modalità di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) secondo livelli differenziati di reddito e patrimoniali vengano definiti da apposito atto regionale d'indirizzo sulla base dei seguenti criteri:

- per le prestazioni domiciliari e semiresidenziali si tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario determinata secondo la normativa in materia di ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente);
- per le prestazioni residenziali, nel caso di persona ultra 65enne, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale del beneficiario, si tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado;

Viene inoltre valutata la situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado, secondo la normativa in materia di ISEE in quanto la Regione Toscana già con la L.R. 41/2005 ha privilegiato l'uso dello strumento dell'ISEE per il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato in quanto garantisce che venga applicato un metodo uniforme su tutto il territorio regionale.

Atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della Legge Regionale 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza".

La L.R. 41/2005 all'art. 2 sancisce il carattere di universalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali, all'art. 7 definisce le modalità per l'accesso al sistema integrato e all'art. 47 prevede che "il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130". Tale valutazione della situazione economica, secondo il principio dell'"universalismo selettivo", serve unicamente per definire l'entità della compartecipazione e non costituisce criterio selettivo per accedere al sistema integrato delle prestazioni o per determinarne la esclusione. La L.R. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza" all'art. 14 comma 1 stabilisce l'emanazione di un atto regionale di indirizzo che definisca livelli differenziati di reddito e patrimoniali per la compartecipazione da parte dell'assistito ai costi, non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), delle prestazioni indicate nel Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) dall'Unità di Valutazione Multidimensionale di cui all'art. 11 della suddetta L.R. 66/2008.

Come previsto dall'art. 19 della L.R. 66/2008, il presente atto di indirizzo ha applicazione sino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e al loro finanziamento.

Verrà richiesta la corresponsione da parte dell'assistito della quota di compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme di prestazioni erogate, qualora lo stesso assistito decida di non essere soggetto a valutazione della propria situazione economica.

In ogni caso la compartecipazione richiesta all'assistito non potrà superare il 100% del costo della prestazione al netto dei LEA.

Definizione della situazione reddituale e patrimoniale

Secondo l'art. 14 comma 2 lettera a), nei servizi domiciliari e semiresidenziali si considera la situazione economica del solo assistito, definita in base all'ISEE estratto da quello calcolato sul nucleo familiare anagrafico; tale ISEE estratto dovrà tenere conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali¹.

In base all'art. 14 comma 2 lettera c), per i servizi residenziali per gli ultrasessantacinquenni la quota di compartecipazione è calcolata tenendo conto della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado. Il calcolo verrà effettuato come segue: Beneficiario: si calcola il suo ISEE estratto (tenendo conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali); non esiste soglia di esenzione né soglia di non esenzione. Il suo ISEE estratto corrisponde alla cifra che verrà utilizzata per coprire il costo della retta al netto dei LEA.

Qualora l'ISEE del beneficiario non comporti la copertura del 100% tale costo, si passa a valutare anche la situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado come segue:

- si calcola l'ISEE estratto di ciascuno (tenendo conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali); si applica a ciascuno la soglia minima di esenzione di cui al seguente paragrafo. In base all'ISEE che risulterà dalla somma degli ISEE estratti (al netto delle soglie di esenzione succitate), si calcola la quota di compartecipazione in riferimento allo scaglione corrispondente o al coefficiente di corrispondenza fra la somma degli ISEE estratti e la relativa quota di compartecipazione (come indicato nel successivo paragrafo "Coefficienti di corrispondenza o scaglioni ISEE")

La dichiarazione sostitutiva unica (DSU) con la quale si documenta la situazione economica al fine del calcolo dell'ISEE, si compila una volta all'anno salvo il caso che l'assistito intenda far registrare una situazione più favorevole che riduca il proprio ISEE o qualora l'Ente erogatore richieda la presentazione di una nuova dichiarazione aggiornata in quanto quella presentata si riferiva ai redditi percepiti nell'anno precedente.

In particolare, in caso di una riduzione delle entrate provenienti da redditi da lavoro verificatasi durante l'anno in corso, le persone soggette a valutazione della situazione economica e patrimoniale possono presentare una richiesta motivata di variazione, al fine di riconsiderare l'importo della compartecipazione dovuta dal beneficiario.

Si da atto che sono detraibili ai fini IRPEF le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale ed anche quelle sostenute per l'assistenza di un soggetto non autosufficiente ricoverato presso una struttura residenziale; tali strutture sono pertanto tenute al rilascio di attestazione relativa ai costi sostenuti per l'assistenza personale, al fine di consentire la fruibilità delle agevolazioni previste dalla normativa fiscale vigente in materia.

L'Ente erogatore comunicherà la quota di compartecipazione dovuta dall'assistito a:

- assistito stesso,
- suo familiare, qualora quest'ultimo abbia provveduto a presentare l'istanza contenente la segnalazione del bisogno di cui all'art. 9 della L.R. 66/2008,
- eventuali soggetti di cui all'art. 10 "Pubblica tutela" della L.R. 41/2005

Si da atto inoltre che la Legge n. 6/2004 all'art. 3 comma 1 richiama l'art. 406 del codice civile che prevede che " I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza alla persona , ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministratore di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornire comunque notizia al pubblico ministero".

Soglia di esenzione totale dalla compartecipazione

Premesso che è comunque possibile da parte delle amministrazioni competenti elevare le soglie di esenzione totale, di esenzione parziale e di non esenzione dalla compartecipazione, si stabilisce che per le prestazioni di tipo semiresidenziale e domiciliare, la soglia di esenzione totale, sotto la quale non è prevista alcuna compartecipazione da parte dell'assistito, è fissata ad un valore ISEE corrispondente al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, pari ad Euro 7.445,59 per il 20093.

Tale soglia d'esenzione è da considerarsi altresì come una quota che rimane in disponibilità all'assistito indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati.

Per le prestazioni di tipo semiresidenziale e domiciliare, pertanto, la compartecipazione inciderà solo sulla parte di ISEE eccedente la soglia di esenzione totale.

Nel caso di prestazioni di tipo residenziale, non è prevista soglia di esenzione totale per l'assistito, che viene preso totalmente in carico dal servizio, in quanto la struttura residenziale assolve a tutti i compiti di mantenimento e cura.

Gli Enti erogatori dovranno in ogni caso prevedere una quota garantita, da lasciare in disponibilità all'assistito per le proprie spese personali, non inferiore a un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS. Nel caso in cui all'ISEE estratto dell'assistito venga applicata una scala di equivalenza con la maggiorazione dello 0,50 (per soggetti con handicap permanente grave o invalidità superiore al 66%), si considera la somma che di conseguenza rimarrà in disponibilità dell'assistito quale quota garantita. In ogni caso la quota garantita da lasciare in disponibilità dell'assistito non potrà essere inferiore a un sesto dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

Nel caso di prestazioni di tipo residenziale rivolte a soggetti ultrasessantacinquenni, sono fissate più soglie di esenzione totale per il coniuge e per i parenti in linea retta di primo grado in base ai rispettivi valori di ISEE estratto come di seguito fissate:

da ISEE	a ISEE	Soglia di esenzione totale dalla compartecipazione
0	20.000	16.000
20.001	30.000	7.500
30.001	39.909,21	3.500
39.909,22	0

Nei casi in cui il nucleo familiare sia monoreddito, con l'ingresso in struttura residenziale di un suo componente, possono insorgere difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge e/o al familiare convivente, privo di redditi sufficienti, di vivere autonomamente. In questo caso si applica all'assistito la soglia di esenzione totale pari a quella prevista per le prestazioni di tipo semiresidenziale e domiciliare al fine di lasciare in disponibilità del nucleo familiare un ISEE almeno pari al 125% del trattamento minimo della pensione INPS

Soglia di non esenzione dalla compartecipazione oltre la quale è dovuto il 100% del costo della prestazione

Per tutte le tipologie di prestazioni, come definite all'art. 7 comma 2 della L.R. 66/2008, è fissata una soglia di non esenzione, oltre la quale è dovuto il 100% del costo della prestazione. Tale soglia è pari a:

- 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi semiresidenziali di cui alla lettera c) dell' art. 7 comma 2 (per il 2009 pari a **Euro 23.826,40**)
- 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi domiciliari di cui alle lettere a) e b) dell' art. 7 comma 2 (per il 2009 pari a **Euro 23.826,40**)
- 6,7 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi residenziali di cui alle lettere d) e e) dell' art. 7 comma 2 (per il 2009 pari a **Euro 39.909,22**).

Si ricorda che la soglia di non esenzione per i servizi residenziali si applica esclusivamente per il coniuge e per i parenti in linea retta di primo grado, in quanto la cifra corrispondente all'ISEE estratto dell'assistito viene completamente utilizzata per l'abbattimento del costo della retta al netto dei LEA, fatta salva la quota garantita.

Computo delle indennità di natura previdenziale e assistenziale

Ai sensi dell'art. 14 comma 2 lett. b) per il calcolo della quota di compartecipazione relativa a prestazioni di tipo residenziale, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale dell'assistito, sono computate le indennità di natura previdenziale e assistenziale percepite per il soddisfacimento delle sue esigenze di accompagnamento e di assistenza.

Per quanto concerne le indennità di natura previdenziale e assistenziale, sono dovuti dall'assistito anche gli arretrati relativi alle mensilità a partire dalla data del suo ingresso in struttura residenziale. In questi casi, pertanto, al momento del pagamento degli arretrati, dovrà essere rivalutata in modo coerente la situazione economica e patrimoniale dell'assistito e, nei casi di cui

all'art. 14 comma 2 lettera c) della L.R. 66/2008, del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado.

Considerando che la prestazione di tipo residenziale prevede una totale presa in carico dell'assistito, queste risorse saranno completamente utilizzate per il pagamento della retta (fatta salva la "quota garantita" da lasciare in disponibilità all'assistito, di cui al precedente paragrafo). Laddove l'utilizzo di queste risorse non vada a coprire l'intero costo della retta al netto dei LEA, la compartecipazione sulla parte residuale è calcolata attraverso l'ISEE e ai sensi dell'art. 14 della L.R. 66/2008.

Coefficienti di corrispondenza o scaglioni ISEE

Per il calcolo dell'ammontare della compartecipazione dovuta dall'assistito nei casi in cui la valutazione della sua situazione economica sia compresa tra i valori di soglia minima d'esenzione e di soglia massima di non esenzione, si ritiene opportuno utilizzare un coefficiente di corrispondenza fra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione o applicare degli scaglioni di ISEE.

E' fatto salvo il principio secondo cui la quota di compartecipazione dovuta dall'assistito non può in ogni caso superare il costo delle prestazioni/servizi di cui egli usufruisce.

Nel caso in cui si usi il metodo degli scaglioni, devono essere improntati a criteri di equità, gradualità e proporzionalità/progressività, tenendo conto del diritto all'accesso universalistico ai servizi.

Il numero di scaglioni previsto non potrà essere inferiore a 21.

Corresponsione della quota

Della corresponsione della quota di compartecipazione è responsabile, nei confronti dell'Ente competente, il solo assistito, in linea con il dettato dell'art. 14 comma 3 della L.R. 66/2008, che precisa che: "resta salva la facoltà per gli Enti competenti di intraprendere azioni di recupero della quota di compartecipazione nei confronti del soggetto beneficiario della prestazione, in caso di inadempimento".

PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

PUGLIA

DGR 5.5.09, n. 742 - Modifiche alla Deliberazione di G.r. n. 1877 del 07.10.2008 - Piano di Azione "Diritti in Rete" per l'integrazione sociale dei disabili. Integrazione del Piano per la III annualità (2008). Integrazione finanziamenti per la telefonia sociale. (BUR n. 73 del 21.5.09)

Note

PREMESSA

* La Giunta Regionale con propria deliberazione n. 1289 del 31 agosto 2006 approvava il Piano di Azione "Diritti in Rete" per l'integrazione sociale dei disabili, con l'obiettivo generale di dare alla Puglia un programma di azioni organico in grado di tracciare una direzione nuova di lavoro da indicare in modo chiaro a tutti gli Enti Locali, Comuni e Province, ma anche alle istituzioni scolastiche ed alla rete dei servizi sanitari e riabilitativi, perché tali azioni possano diventare anche l'obiettivo di investimento di più soggetti che concorrono al perseguimento dei medesimi obiettivi.

* Per il perseguimento degli obiettivi specifici del Piano di Azione, la suddetta deliberazione aveva individuato una pluralità di interventi, tra loro fortemente interrelati, attuati con tempi e modalità diverse, articolati in tre linee di azione:

Linea A - Connettività sociale dei disabili

Linea B - Integrazione sociale scuola-famiglia-comunità

Linea C - Azioni di sistema: monitoraggio, ricerca, comunicazione.

Per il conseguimento dei suddetti obiettivi, la Regione ha approvato il seguente Piano di azioni con il relativo riparto delle risorse disponibili:

Linea A - Connettività sociale

- Azione a.1 - Finanziamento di progetti per l'erogazione di servizi di telefonia sociale rivolti alle persone anziane non autosufficienti

Si darà continuità all'intervento già avviato con il Regolamento regionale n. 14 del 10 ottobre 2003, finanziando i progetti valutati ammissibili e inseriti in graduatoria, ma non finanziati dalla dotazione finanziaria originariamente disponibile.

Euro 704.391,16

Linea B - Integrazione sociale scuola-famiglia-comunità

- Azione b. 1 - Finanziamento di progetti integrati Province - Comuni per l'integrazione sociale ed extrascolastica dei ragazzi disabili

La Regione Puglia cofinanzia progetti di integrazione sociale ed extrascolastica promossi dalle Province e realizzati di concerto con i Comuni, secondo le modalità dei servizi sovra-ambito in modo integrato con gli altri interventi per l'integrazione scolastica dei disabili di cui alla l.r. n. 16/1987 e ai rispettivi Piani Sociali di Zona, al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni.

Si darà continuità al Protocollo di Intesa già sottoscritto tra Regione Puglia e Province pugliesi in data 27 febbraio 2007

Euro 1.000.000,00

- Azione b.2 - Contributi per l'adattabilità delle autovetture private per la guida e per il trasporto dei disabili ad integrazione di quanto già realizzato dalle AUSL pugliesi

Saranno erogati contributi a una parte dei soggetti già collocati utilmente nelle graduatorie di ammissibilità approvate con atto dirigenziale n. 5/2007, seguendo l'ordine decrescente delle stesse domande finanziabili, per quanto riguarda le Associazioni di volontariato e soggetti del Terzo Settore e, per le risorse residue, le famiglie e i singoli individui richiedenti

Euro 100.000,00

Linea C - Azioni di sistema: monitoraggio, ricerca, comunicazione.

- Azione c. 1 - Piano di comunicazione sui diritti dei disabili e sulle opportunità e i servizi per il miglioramento della qualità della vita, di iniziativa regionale

- in coerenza e continuità con il Piano di Comunicazione Sociale "Diritti in Rete", viene data continuità alla pubblicazione della Newsletter Puglia Sociale News e alla raccolta e diffusione di buone pratiche nel campo dell'inclusione sociale, già affidata alla Agenzia Redattore Sociale, vista la unicità del ruolo da esse svolta nel campo della informazione sociale a livello nazionale

Euro 40.000,00

- Azione c.2 - Manifestazione regionale sulle buone pratiche di impegno sociale in favore delle diverse abilità

- Concorso al finanziamento della prima fiera regionale sui diritti e le pari opportunità per le persone diversamente abili, che sarà promossa dall'Assessorato alla Solidarietà nel corso del 2009 e per la quale i Servizi che fanno capo all'Assessorato stanno predisponendo un progetto di dettaglio. Laddove per la suddetta manifestazione fossero individuate ulteriori risorse a valere su fondi diverse di finanziamento, lo stanziamento per la presente azione potrà essere destinato al finanziamento aggiuntivo delle realizzazioni di cui all'Azione C.3.

Euro 200.000,00

- Azione c.3 - Piano di comunicazione sui diritti dei disabili e sulle opportunità e i servizi per il miglioramento della qualità della vita, promosse dalle organizzazioni del Terzo Settore

- Avviso pubblico per la selezione e il finanziamento di interventi di comunicazione e sensibilizzazione sui diritti delle persone diversamente abili, promosse e realizzate su iniziativa di associazioni di volontariato e di promozione sociale. L'avviso pubblico dovrà avere due scadenze

nel corso per la presentazione della proposta progettuale (gennaio 2009 e ottobre 2009), per ciascuna delle quali una disponibilità finanziaria equamente ripartita tra le due scadenze e ripartita su base provinciale rispetto alla popolazione residente.

Euro 755.608,84

- Azione c.4 - Ricerca e monitoraggio sulle diverse abilità in Puglia
- Costituzione di un apposito gruppo di lavoro da rendere operativo in seno all'Osservatorio Regionale Politiche sociali, selezionando le risorse umane nell'ambito della short list di cui alla Del. G.R. n. 1027 del 4 luglio 2007. La composizione del gruppo di lavoro sarà definita a fronte di un progetto di dettaglio per l'azione di ricerca e monitoraggio approvato con atto dirigenziale del Settore Programmazione Sociale e integrazione.

Euro 200.000,00

SANITA'

ABRUZZO

COMMISSARIO AD ACTA PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE SANITA' DELLA REGIONE ABRUZZO (Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/09/2008) (BUR n. 25 del 15.5.09)

Note

Sono riformulate le seguenti disposizioni:

Funzioni Regionali:

1. Adozione degli atti di recepimento dei provvedimenti nazionali in materia di Livelli Essenziali di Assistenza;
2. definizione del tetto economico complessivo di spesa annuale sia per i pazienti regionali sia per i pazienti extra regionali;
3. definizione del tetto economico di spesa attribuibile a ciascuna Azienda Sanitaria Locale per i pazienti regionali relativamente a tutte le tipologie di prestazioni;
4. definizione del tetto economico di spesa attribuibile a ciascuna Azienda Sanitaria Locale per i pazienti extra regionali, limitatamente alle attività che rientrano nella mobilità sanitaria (prestazioni di ricovero, prestazioni di specialistica ambulatoriale e branche a visita);
5. definizione del fabbisogno complessivo regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 3, lett. a) della legge 32/2007;
6. definizione della quantità delle prestazioni a regime di ricovero ospedaliero per i pazienti residenti nella Regione;
7. adempimenti di cui all' art. 8, comma 3, lettera d) L.R. 32/2007 (definizione delle tipologie, tempistica e modalità delle procedure di soddisfacimento del debito informativo);
8. predisposizione degli schemi di contratti negoziali per le prestazioni sanitarie ospedaliere, ex art. 26, RSA-RA, di specialistica ambulatoriale, branche a visita, residenze psichiatriche;
9. formulazione del sistema di controlli in termini di:
 - coordinamento regionale,
 - criteri,
 - metodologia,
 - tempi,
 - competenze della Regione,
 - competenze delle ASL,
 - rispetto dei tetti economici di spesa;
10. definizione dei protocolli ispettivi di intesa con le Aziende Sanitarie Locali;
11. identificazione delle tariffe di riferimento per le prestazioni;

Funzioni delle Aziende Sanitarie Locali:

12. definizione del tetto economico di spesa per ciascun erogatore per i pazienti regionali relativamente a tutte le tipologie di prestazioni;
13. definizione del tetto economico di spesa per ciascun erogatore per i pazienti extra regionali, limitatamente alle attività che rientrano nella mobilità sanitaria (prestazioni di ricovero, prestazioni di specialistica ambulatoriale e branche a visita);
14. adempimenti di cui all'art. 8, comma 3, lettera a) L.R. 32/2007 (fissazione volume e tipologia prestazioni per struttura);
15. verifica dei requisiti di cui all'art. 8 comma 3 lettera b) L.R. 32/2007, per la parte attinente ai requisiti dei manuali di Autorizzazione ed Accreditamento;
16. adempimenti di cui all' art. 8, comma 3, lettera c) L.R. 32/2007 (Corrispettivi economici e verifiche);
17. raccolta e verifica del rispetto della qualità, della tempistica e della correttezza dei dati relativi al debito informativo e loro trasmissione a livello regionale;
18. sottoscrizione dei contratti con le strutture accreditate del proprio ambito territoriale per prestazioni rese ai pazienti regionali relativamente a tutte le tipologie di contratti;
19. attivazione di appositi organismi Aziendali preposti alla verifica delle prestazioni acquisite secondo il protocollo definito a livello regionale, eventualmente integrato a livello aziendale, ai fini della remunerazione;
20. verifica delle prestazioni prodotte per qualità, appropriatezza, correttezza e e rispetto delle norme di autorizzazione e di accreditamento e dei tetti economici;
21. espletamento delle procedure per il pagamento delle prestazioni riconosciute remunerabili.
 - di mantenere invariata ogni altra disposizione della predetta Deliberazione

CAMPANIA

DGR 8.5.09, n. 837 - Convenzione tra la Regione e la Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa. S.p.A. - Determinazioni.(BUR n. 31 del 25.5.09)

Note

Viene prescritto alla So.Re.Sa. S.p.A. la presentazione alla Regione entro il 31 maggio 2009 di un piano triennale 2009 – 2011 delle proprie attività, articolato per obiettivi e programmi annuali, esponendo le esigenze di adeguamento della propria organizzazione, e definendo i preventivi annuali in modo da assicurare la corrispondenza tra obiettivi, programmi, interventi, risorse impiegate e costi.

DGR 8.5.09, n. 858 Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.

Note

- il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Intesa del 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN.

- l'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.

- con l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 29 marzo 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sono state definite, limitatamente all'anno 2006, nell'allegato A le seguenti linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 :

- o la garanzia dei LEA;
- o la riorganizzazione delle cure primarie;
- o la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- o la prevenzione;
- o le liste di attesa;
- o la salute mentale;
- o umanizzazione dell'evento nascita

LAZIO

DPGR 6.4.09, n.239 - Rinnovo della composizione della Commissione Regionale per la Formazione Continua del personale del S.S.R. (BU n. 19 del 21-5-2009)

DPGR 21.4.09, n.25 - Differimento efficacia della legge regionale n. 9 del 6 aprile 2009 avente ad oggetto "Norme per la disciplina dei distretti socio-sanitari montani" (BU n. 17 del 7-5-2009)

L.R 6.4.09, n.9 - Norme per la disciplina dei distretti socio-sanitari montani (BU n. 14 del 14-4-2009)

PIEMONTE

DGR 4.5.09, n. 10-11335 - Progetto per il miglioramento della rete dell'emergenza della Regione Piemonte. (BUR n. 20 del 21.5.09)

DGR 4.5.09, n. 11-11336 - Art. 1 comma 806 della Legge 269/2006 progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale 2006-08 per l'anno 2007. Integrazione schede progettuali di cui alla D.G.R. n. 43-7695 del 3/12/2007. (BUR n. 20 del 21.5.09)

Note

* Con legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, commi 805, 806 e 807 è stato istituito un fondo pari a 60,5 milioni di euro per il triennio 2007, 2008 e 2009 da assegnare alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale in materia di "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute", "Iniziativa per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato", "Malattie rare" e "Implementazione della rete delle Unità Spinali Unipolari" al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione delle attività realizzative della programmazione sanitaria nazionale nelle diverse realtà regionali.

* Con la D.G.R. n. 43-7695 del 03 dicembre 2007 "Progetti attuativi Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 per l'anno 2007" sono stati approvati i seguenti progetti regionali attuativi del Piano Sanitario Nazionale di cui all'art. 1 comma 806 della legge 296/2006:

- La sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute all'interno dell'evoluzione delle forme di integrazione dell'assistenza primaria nei Distretti delle ASL piemontesi,

- Informazione alle gravide straniere sul percorso di nascita (parto, allattamento rooming-in) e creazione della rete territorio – punto nascita,
- Formazione in rianimazione neonatale
- Prevenzione e cura delle lesioni midollari per la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone con lesione midollare, nonché è stato preso atto dei seguenti tre progetti interregionali proposti dal gruppo interregionale sulle malattie rare ed approvati dalla Commissione Salute della Conferenza delle regioni e delle province Autonome:
- Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con malattia rara,
- Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici per malattie rare,
- Attivazione registri regionali per le malattie rare.

* E' ritenuto necessario integrare i seguenti progetti con l'inserimento di un cronoprogramma attuativo nelle schede progettuali approvate con la D.G.R. n. 43-7695 del 03 dicembre 2007 sopraccitata:

- La sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute all'interno dell'evoluzione delle forme di integrazione dell'assistenza primaria nei Distretti delle ASL piemontesi,
- Informazione alle gravide straniere sul percorso di nascita (parto, allattamento rooming-in) e creazione della rete territorio – punto nascita,
- Formazione in rianimazione neonatale,
- Reti assistenziali per la presa in carico di soggetti con malattia rara,
- Sviluppo e utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici per malattie rare,

PUGLIA

DGR 23.4.09, n. 648 - D.G.R. n. 1398/2007 - Piano Straordinario di Verifica delle strutture sanitarie e socio - sanitarie pubbliche e private della Regione Puglia. Avanzamento attività. Ricostituzione. (BUR n. 72 del 20.5.09)

SICILIA

DASS 17.4.09. - Modifica del decreto 24 dicembre 2008, concernente indirizzi e criteri per l'applicazione del Piano di rientro di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 111, stipulato dalla Regione siciliana in data 31 luglio 2007 e approvato dalla Giunta regionale l'1 agosto 2007 (GURS n. 19 del 30.4.09)

TOSCANA

DGR 27.4.09, n. 332 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione n. 257 del 06/04/2009. (BUR n. 18 del 6.5.09)

DGR 4 .5.09, n. 349 - Attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria e compartecipazione alla spesa sanitaria: determinazioni in materia di tariffe e volumi delle prestazioni libero professionali - ulteriori livelli di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria.(BUR n. 19 del 13.5.09)

Note

PREMESSA

L'equità, nei valori di riferimento e nei principi cui si ispira il PSR 2008-2010, in particolare l'uguaglianza, l'umanizzazione, la salute intesa come diritto/dovere, rappresenta la sfida innovativa e l'obiettivo strategico comune alle diverse iniziative per la salute, promosse dalle Aziende sanitarie, al fine di realizzare concretamente equità nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, assumendo la diversità dei bisogni come valore guida della programmazione dei servizi.

* Nella nostra Regione il diritto alla salute non rappresenta solo uno dei settori del governo regionale quanto un principio fondante e l'obiettivo unificante di azioni strategiche diverse, tese a mantenere un adeguato livello di solidarietà all'interno dei sistemi di tutela pubblica e che, l'impatto della spesa farmaceutica sui nuclei più poveri, a causa dell'imperfetto disegno delle

compartecipazioni e dell'inefficacia delle esenzioni, non interessa, come ampiamente documentato dagli studi di settore, la nostra Regione;

* La spesa del cittadino per effettuare una Visita specialistica interessa sia l'offerta del mercato specialistico privato che l'offerta specialistica liberoprofessionale intramuraria delle Aziende sanitarie e la quota della spesa sostenuta in proprio, in analogia con gli altri sistemi sanitari regionali, interessa anche in Toscana, oltre il 50% delle prestazioni specialistiche cliniche complessivamente consumate;

* Nell'atto di indirizzo in materia di attività libero-professionale intramuraria, allegato alla DGR n. 555/2007, è previsto, paragrafo 12) "Tariffari Aziendali", che "Le Aziende devono deliberare tariffari contenenti la descrizione della prestazione ...omissis... l'importo/tariffa da corrispondente per ogni tipologia di prestazione erogabile in libera professione intramoenia...omissis... la costruzione delle tariffe deve essere realizzata in base a criteri preventivi stabiliti nell'atto aziendale... omissis.. che ne determina altresì le modalità di aggiornamento".

LA DISPOSIZIONE

E' disposta per l'anno 2009 l'adozione di specifiche misure a sostegno dei lavoratori in cassa integrazione e in mobilità, estendendo le condizioni di esenzione della compartecipazione alla spesa sanitaria previste nella Regione Toscana con D.G.R. n. 493 del 24-05-2004, secondo le modalità sotto indicate:

- Immediata esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e di laboratorio, ai cittadini collocati in cassa integrazione e in mobilità – e loro familiari a carico- con un reddito complessivo del nucleo familiare per l'anno 2009 inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico;

- I cittadini aventi diritto all'esenzione autocertificano il possesso di entrambi i requisiti richiesti relativi al reddito e allo stato di cassa integrazione o mobilità. La condizione di cassa integrato o di lavoratore in mobilità può sussistere al momento della dichiarazione o comunque deve essersi verificata nel corso dell'anno 2009.

- il reddito complessivo del nucleo familiare è riferito al reddito presunto conseguibile nell'anno 2009.

Per nucleo familiare deve intendersi quello rilevante a fini fiscali, costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari a carico. Per familiari a carico si intendono i familiari non fiscalmente indipendenti, vale a dire i familiari per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali.

* Le Aziende Sanitarie, sono impegnate, oltre ad una valutazione sulla ragionevolezza del valore massimo delle tariffe richieste in regime libero professionale, ad aumentare per i cittadini assistiti, indipendentemente dal rispetto del tempo massimo di attesa, entro il 31.12.2009 la disponibilità dell'offerta specialistica clinica ambulatoriale, in particolare della prima Visita specialistica, incrementando il volume delle prestazioni effettuate in regime istituzionale ordinario con l'obiettivo di raggiungere, entro il 30.12.2009, un rapporto pari almeno al cinquanta per cento tra i tempi di attesa medi ponderati per l'erogazione in regime di libera professione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo accesso concordate dalla direzione aziendale con l'équipe di riferimento e quelli relativi alle medesime prestazioni erogate in regime istituzionale ordinario;

DGR 4 .5.09, n. 351 - Sistema informativo delle attività chirurgiche in libera professione intramoenia: determinazioni. (BUR n. 19 del 13.5.09)

Note

PREMESSA

* L'attivazione dell'istituto della libera professione intramoenia nelle strutture delle aziende sanitarie regionali ha rappresentato un'occasione di grande rilievo per il servizio sanitario, in quanto:

- ha rafforzato il legame di appartenenza del dirigente sanitario alla propria azienda garantendo l'esercizio delle prestazioni libero professionali;

- ha consentito una modalità di erogazione delle stesse, in particolare quelle in costanza di ricovero, più funzionale e di maggior garanzia per l'utente rispetto all'esercizio extramoenia della libera professione;
- ha assicurato un'ulteriore opportunità assistenziale per il cittadino e ha concorso al miglioramento degli standard di erogazione delle prestazioni istituzionali, anche attraverso la riduzione dei tempi di accesso ai servizi;
- ha fornito alle Aziende un utile riferimento assistenziale per migliorare l'organizzazione dei servizi.

* Il Sistema Sanitario Regionale ha posto particolare attenzione ad assicurare la trasparenza dell'accesso alle prestazioni specialistiche in libera professione intramoenia, così promuovendo il principio della libera scelta del cittadino, non condizionando la scelta per il regime libero professionale con tempi di attesa eccessivi, nel regime istituzionale, per il primo accesso specialistico o con difficoltà organizzative per la continuità assistenziale con lo stesso professionista, ove dallo stesso è richiesto un secondo accesso per il controllo o il follow-up della condizione di salute del cittadino.

LE ATTIVITA' CHIRURGICHE

* Tra le diverse modalità di erogazione delle prestazioni libero professionali, il ricovero richiesto in regime di libera professione, in particolare nel settore chirurgico, è stato oggetto in questi anni di frequenti contestazioni soprattutto in merito alla preventiva ed esplicita definizione del relativo percorso, e degli effettivi determinanti, di accesso, ancor che tale specifica modalità registri una limitata domanda da parte dei cittadini, in un contesto istituzionale nel quale il Sistema Sanitario Toscano si caratterizza per un elevato livello di autosufficienza con una minima mobilità passiva verso le altre regioni.

* L'attività chirurgica effettuata in regime di libera professione deve essere considerata non solo come una opportunità che il sistema offre al professionista quanto una opportunità che un sistema sanitario, equo ed universale, offre a tutti i cittadini, opportunità che non deve stravolgere il naturale diritto di accesso alle prestazioni, anche se non urgenti, per cui la chirurgia in libera professione intramoenia deve essere considerata ed organizzata come una risorsa nel contesto più ampio dei servizi e della offerta chirurgica del sistema sanitario regionale.

* In ciascuna Azienda sanitaria toscana è, di norma, ben organizzato e formalizzato il percorso istituzionale del paziente chirurgico fin dalla formulazione della domanda, e che, per quanto sopra detto, altrettanto deve essere ben organizzato e formalizzato il percorso di accesso alla chirurgia Libero Professionale, in modo tale che non si verificano fenomeni di concorrenza, iniqui sul piano dell'accesso e della appropriatezza e che tale iniquità può essere evitata a partire dal rispetto di alcune regole e principi di base.

* Le regole ed i principi base a cui dovranno riferirsi le Aziende Sanitarie al fine di non alimentare fenomeni di concorrenza e di iniquità sul piano dell'accesso e della appropriatezza per le attività chirurgiche richieste in regime libero professionale con le medesime prestazioni erogate in regime istituzionale sono state previamente condivise con le Aziende e sono riconducibili ad alcune iniziative essenziali, tra le quali, in ordine solo nominale:

- La gestione del percorso chirurgico dovrà essere informatizzata, quale condizione prioritaria per attivare un'efficace gestione della chirurgia libero-professionale;
- Il Direttore del Presidio Ospedaliero dovrà avere disponibili, in tempo reale, le informazioni sui tempi di attesa dell'attività chirurgica svolta in ciascun Presidio, al fine di poter informare tempestivamente, in modo formale, il cittadino che si rivolge all'Ufficio della Libera professione.
- Il Cittadino, al termine di una visita chirurgica che ha esitato nella richiesta di Intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo una richiesta con la quale dovrà presentarsi all'Ufficio per la programmazione chirurgica, per avviare il suo iter.

* Le iniziative sopra riportate sono state sinteticamente rappresentate, come fasi essenziali di un processo complesso, in ragione dell'economia degli spazi necessaria alla declaratoria del

presente atto e che l'intero processo, comprensivo degli schemi specifici, da adottare come modello standard nelle singole aziende, è riportato nel documento, denominato "Tracciabilità del sistema informativo della chirurgia in libera professione intramoenia" allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale;

LA DISPOSIZIONE

* Sono approvate le disposizioni riportate nel documento, denominato "Tracciabilità del sistema informativo della chirurgia in libera professione intramoenia" allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale.

DGR 4.5.09, n. 360 Approvazione delle iniziative e degli interventi delle Aziende Sanitarie per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività dei Pronto Soccorso secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale-territorio. Destinazione risorse. (BUR n. 20 del 20.5.09)

VENETO

DGR 28.4.09, n. 1183 Piano Pandemico influenzale: approvazione finanziamento. (bur N. 41 DEL 19.5.09)

DGR 5.5.09, n. 1188 - Legge Regionale 4 aprile 2003, n. 5. - Nuove norme per la disciplina dell'attività ispettiva in materia sanitaria e sociale nella Regione Veneto. Piano annuale dell'attività ispettiva per l'anno 2009. (BUR n. 43 del 26.5.09)

- Il processo di trasformazione che ha investito le Aziende Sanitarie negli ultimi decenni è avvenuto in parallelo con l'acquisizione da parte della Regione di ampi margini di autonomia nella gestione della materia sanitaria, al punto, quest'ultima, da assurgere al rango di soggetto preposto all'equilibrio dell'intero sistema sanitario per l'ambito territoriale di competenza.

* Alla Giunta regionale, in particolare, è demandato l'esercizio dell'attività ispettiva e di vigilanza nei confronti delle Aziende Ulss, Ospedaliere e dello I.O.V. di Padova, nonché degli enti afferenti il settore sociale per il tramite della Direzione Ispettiva e Vigilanza Settore Socio Sanitario.

* A tale riguardo, secondo la previsione contenuta nell'art. 4 del Regolamento regionale 21 agosto 2003, n. 1 "Disciplina dell'attività ispettiva in materia sanitaria e sociale", è compito precipuo della Giunta Regionale predisporre ed adottare, entro il primo trimestre di ciascun anno di riferimento, il relativo Piano dell'attività Ispettiva, individuando le aree prioritarie di intervento che dovranno formare oggetto del controllo e del monitoraggio attuato dalla struttura Ispettiva nei confronti dei soggetti controllati.

* Per l'anno in corso si individuano i seguenti obiettivi da perseguire nello svolgimento dell'attività ispettiva e di vigilanza socio-sanitaria:

A) Esame delle procedure di liquidazione dei compensi a favore degli specialisti ambulatoriali interni (SAI) convenzionati con gli Enti Sanitari del Veneto, con particolare riferimento ai controlli interni predisposti;

B) Esame e verifica dei regolamenti adottati dagli Enti sanitari del Veneto per l'acquisizione di beni e servizi.

DGR 5.5.09, n. 1283 - 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 regionali di Riferimento e dei Centri regionali specializzati. Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale. (BUR n. 43 del 26.5.09)

DGR 5.5.09, n. 1284 D.G.R. n. 4532 del 28/12/2007, Direttive per la razionalizzazione dei Centri regionali di Riferimento e dei Centri regionali Specializzati. Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Attuazione D.G.R. n. 4174 del 30.12.2008. Nomina Coordinatore e finanziamento attività 2009. (BUR n. 43 del 26.5.09)

DGR 5.5.09, n. 1313 - Istituzione ed organizzazione di un coordinamento per la gestione delle emergenze sanitarie di sistema. (BUR n. 43 del 26.5.09)

SICUREZZA

TOSCANA

DGR 11.5.09, n. 364 - Finanziamento degli interventi in materia di politiche locali per la sicurezza ai sensi della l.r. 16 agosto 2001 n. 38. Disposizioni per l'anno 2009 (BUR n. 20 del 20.5.09)

TUTELA DEI DIRITTI

LAZIO

L.R.14.5.09, n. 16 - Norme per il sostegno di azioni di prevenzione e contrasto alla violenza alle donne (BU n. 19 del 21-5-2009)

PIEMONTE

DGR 4.5.09, n. 39–11363 - DGR n. 21–8545 del 7.4.2008 e s.m.i.. Assegnazione contributi a favore dei Soggetti gestori delle funzioni socio–assistenziali per progetti relativi al sostegno delle gestanti in difficoltà, della maternità e delle donne vittime di violenza. Spesa di euro 45.780,00 (cap. 180684/2009).

- Sono approvate le istanze di contributo presentate dai Soggetti gestori delle funzioni socio–assistenziali di seguito specificati per la realizzazione di azioni ed interventi, aventi aspetti di rilevanza regionale e pertanto riconducibili alle attività di cui all'art. 4, comma 1, lett. M e all'art. 58 della L.R. n. 1/2004, nonché contenuti progettuali congruenti ai criteri definiti dalla D.G.R. n. 56–9881 del 20.10.2008:

– Consorzio C.I.S.S.P. di Settimo T.se

– Consorzio C.I.S.S.A. di Pianezza

– Consorzio C.I.S.A. 24 di Biandrate

– Comune di Arona

– Consorzio C.I.S.S. di Valenza;