



2019.06.11

17:17:41

+02'00'

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia



REGIONE
PUGLIA

ANNO L

BARI, 11 GIUGNO 2019

n. 64



Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella parte I sono pubblicati:

- a) sentenze ed ordinanze della Corte Costituzionale riguardanti leggi della Regione Puglia;
- b) ricorsi e sentenze di Organi giurisdizionali che prevedono un coinvolgimento della Regione Puglia;
- c) leggi e regolamenti regionali;
- d) deliberazioni del Consiglio Regionale riguardanti la convalida degli eletti;
- e) atti e circolari aventi rilevanza esterna;
- f) comunicati ufficiali emanati dal Presidente della Regione e dal Presidente del Consiglio Regionale;
- g) atti relativi all'elezione dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea, della Giunta regionale, delle Commissioni permanenti e loro eventuali dimissioni;
- h) deliberazioni, atti e provvedimenti generali attuativi delle direttive ed applicativi dei regolamenti della Comunità Europea;
- i) disegni di legge ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 19/97;
- j) lo Statuto regionale e le sue modificazioni;
- k) richieste di referendum con relativi risultati;
- l) piano di sviluppo regionale con aggiornamenti o modifiche.

Nella parte II sono pubblicati:

- a) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
- b) deliberazioni della Giunta regionale;
- c) determinazioni dirigenziali;
- d) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato;
- e) atti del Difensore Civico regionale come previsto da norme regionali o su disposizioni del Presidente o della Giunta;
- f) atti degli Enti Locali;
- g) deliberazioni del Consiglio Regionale;
- h) statuti di enti locali;
- i) concorsi;
- j) avvisi di gara;
- k) annunci legali;
- l) avvisi;
- m) rettifiche;
- n) atti di organi non regionali, di altri enti o amministrazioni, aventi particolare rilievo e la cui pubblicazione non è prescritta.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 863

POR Puglia FESR FSE 2014/2020 – Asse IV “Energia sostenibile e qualità della vita” Azione 4.1. “Interventi per l’efficientamento di edifici pubblici” – Patto per la Puglia – Azione “Interventi per l’efficientamento energetico degli edifici pubblici”. Variazione al bilancio di previsione 2019 ai sensi del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii..... 45050

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 864

Seguito D.G.R. n.1283/2018. Integrazioni e modificazioni al “Disciplinare regolante la costituzione ed il funzionamento della Commissione regionale dei beni culturali istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art. 6”..... 45056

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 865

Cont. n. 2778-2779-2780-2781-2782/07/B – CdA – C.G. c/Regione Puglia. Compensi professionali spettanti all’avv. Ettore SBARRA. Variazione al bilancio di previsione per la reiscrizione di residui passivi perenti e.f. 2009 (A.D. 024/2009/01146). Art. 51, comma 2, lettera g), del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. - D.G.R. n. 770/2019..... 45062

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 866

Cont. n. 2159-2160-2161-2162-2163/07/GA – CdA – C.G. c/Regione Puglia. Compensi professionali spettanti all’avv. Ettore SBARRA. Variazione al bilancio di previsione per la reiscrizione di residui passivi perenti e.f. 2011 (A.D. 024/2011/00466). Art. 51, comma 2, lettera g), del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. - D.G.R. n. 770/2019..... 45067

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 868

Cont. n. 300/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto-(R.G. 84/2015) Comune di Montemelosa c/ Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno..... 45072

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 869

Cont. n. 299/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto-(RG 594/2014) Comune di Montemelosa c/ Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno..... 45074

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 870

Cont. n. 298/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto- Comune di Montemelosa c/

Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno. 46076

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 874

L.R. 30-04-1980, n. 34 – Conferma adesione della Regione Puglia all’Associazione Internazionale – Network of European Regions Using Space technologies – NEREUS - anno 2019. 45078

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 876

Disposizioni in materia di interventi in favore di Minori, Famiglia e Pari Opportunità - Intesa Famiglia 2017. Approvazione schema di Convenzione tra Regione Puglia e A.P.S. Forum delle Associazioni familiari di Puglia. DGR 1878 del 17/11/2017 e DGR 862 del 22/05/2018..... 45081

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 877

Accordo AIFA –Regione Puglia. Iscrizione fondi a destinazione vincolata del Ministero della Salute - Agenzia Italiana del Farmaco in materia di farmacovigilanza. Variazione al bilancio di previsione E.F.2019 e pluriennale 2019-2021 ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm. e ii..... 45090

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 878

Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del SSR per l’anno 2019 ai sensi dall’art. 9 ter del D.L. n.78/2015. 45095

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 879

POR Puglia 2014-2020. Az. 9.12 FESR “Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica”. DGR n. 275/2019. Riparto delle risorse finanziarie per la ammissione a finanziamento degli interventi. 45104

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 880

FAMI 2014-2020 - OS 2–ON 2. Progetto: PROG_2532: “Puglia Integrante - Formazione, partecipazione e integrazione sociale”. Approvazione schema Convenzione di sovvenzione. 45111

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 881

APPROVAZIONE SCHEMA TIPO - ACCORDO CONTRATTUALE EX ART. 8 QUINQUIES DEL D.L. VO 502/92 E SS.MM.II. – STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) - 45164

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 882

Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell’Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all’evento nascita e dell’Agenda della Gravidanza”. Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017. 45178

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 883

Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2018-2020 dell’ASL FG..... 45305

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 884

Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2018-2020 dell’ASL LE. 45320

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 885

Ricognizione annuale della consistenza del personale regionale con contratto di lavoro subordinato a

tempo indeterminato, in relazione ai posti in Dotazione Organica - Dichiarazione di non eccedenza anno 2019. 45337

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 giugno 2019, n. 991

D.G.R. n.864 del 23/05/2018 - D.G.R. n.1404 del 02/08/2018 - "Approvazione del programma di promozione dei prodotti agroalimentari pugliesi di qualità ed Educazione Alimentare - Annualità 2018 - 2019". Modifiche ed integrazioni 45340

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 863

POR Puglia FESR FSE 2014/2020 – Asse IV “Energia sostenibile e qualità della vita” Azione 4.1. “Interventi per l’efficientamento di edifici pubblici” – Patto per la Puglia – Azione “Interventi per l’efficientamento energetico degli edifici pubblici”. Variazione al bilancio di previsione 2019 ai sensi del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii.

L’Assessore allo Sviluppo Economico d’intesa con l’Assessore con delega alla Programmazione Unitaria, sulla base dell’istruttoria espletata dal Dirigente della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali e dal Dirigente della Sezione Programmazione Unitaria - Autorità di Gestione del POR Puglia FESR-FSE 2014/2020 per la parte contabile, confermata dal Direttore del Dipartimento Sviluppo Economico, Innovazione, Istruzione, Formazione e Lavoro, riferisce quanto segue:

VISTI:

- il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca nonché le disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, che abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- il Regolamento (UE) n. 1301/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 Relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale ed alle disposizioni specifiche concernenti l’obiettivo: “Investimenti a favore della crescita e dell’occupazione” e che abroga il Regolamento (CE) n.1080/2006 del Consiglio;
- il Regolamento delegato (UE) n. 240/2014 della Commissione del 7 gennaio 2014 recante un codice europeo di condotta sul partenariato, nell’ambito dei fondi strutturali e d’investimento europei (SIE), che definisce i principi essenziali e le buone prassi svolte a garantire l’efficace organizzazione del partenariato e della governance a più livelli, basato sulla stretta collaborazione tra autorità pubbliche, parti economiche e sociali e pertinenti organismi della società civile, in attuazione dell’art. 5 del Regolamento (UE) n. 1303/2013;
- il Regolamento di esecuzione (UE) n. 821/2014 della Commissione del 28 luglio 2014 recante modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 (...) per quanto riguarda le caratteristiche tecniche delle misure di informazione e comunicazione per le operazioni;
- il Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, relativo al Fondo sociale europeo e che abroga il Regolamento (CE) n.1081/2006;
- l’Accordo di Partenariato Italia 2014-2020, che definisce la strategia e le priorità di investimento per l’impiego dei fondi strutturali e di investimento europei (SIE) 2014-2020, approvato dalla Commissione Europea in data 29 ottobre 2014 con propria Decisione di esecuzione C (2014) 8021 finale, e che ne approva determinati elementi, così come previsto dal Regolamento (UE) 1303/2013, modificato con Decisione di esecuzione C(2018) 598 del 8 febbraio 2018;
- il Programma Operativo FESR FSE 2014-2020 della Regione Puglia approvato da ultimo con Decisione di esecuzione Decisione di esecuzione C(2018) 7150 del 23 ottobre 2018 che modifica la precedente Decisione C(2015) 5484 del 13 agosto 2015;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2029 del 15 novembre 2018 di presa d’atto della Decisione di esecuzione C(2018) 7150 del 23 ottobre 2018;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 582 del 26.04.2016 con la quale si è preso atto della metodologia

- e dei criteri di selezione delle operazioni approvati dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020 in data 11.03.2016, ai sensi dell'art. 110, lett. a) del Reg. (UE) n. 1303/2013;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 833 del 07.06.2016 con la quale è stato nominato responsabile dell'Azione 4.3 il dirigente pro-tempore della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali;
 - la Deliberazione di Giunta Regionale n. 977 del 20.06.2017 con cui la Giunta Regionale ha preso atto delle modifiche apportate dal Comitato di Sorveglianza del POR PUGLIA 2014/2020 al documento "Metodologia e dei criteri di selezione delle operazioni del Programma FESR-FSE 2014/2020 già approvato dal medesimo Comitato nella seduta dell'11.03.2016 ai sensi dell'art. 110 (2) lett. a) del Reg. (UE) n. 1303/2013;
 - il Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co) dei POR Puglia 2014/2020 adottato dalla Sezione Programmazione Unitaria con determinazione dirigenziale n. 39 del 21/06/2017;
 - il DPR del 5 febbraio 2018, n. 22 - Regolamento recante i criteri sull'ammissibilità delle spese per i programmi cofinanziati dai Fondi strutturati di investimento europei (SIE) per il periodo di programmazione 2014/2020;
 - la Determinazione dirigenziale n. 153 del 28.02.2018 della Sezione Programmazione Unitaria con la quale sono state apportate modifiche ed integrazioni al Documento descrittivo del Sistema di Gestione e Controllo del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020 (Si.Ge.Co.) a seguito dei recepimenti delle osservazioni pervenute dalla Commissione Europea;

Premesso che:

- con Deliberazione di Giunta regionale n.1166 del 18/7/2017 il Dirigente della Sezione Programmazione Unitaria è stato designato quale Autorità di gestione del Programma Operativo FESR-FSE 2014/2020, ai sensi dell'art. 123 par. 3 del Regolamento UE 1303/2013;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 833 del 07.06.2016 venivano individuati i Responsabili delle Azioni del POR e, nello specifico, per le Azioni 4.1 e 4.3, il Dirigente pro-tempore della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali;
- Nell'ambito dell'Asse IV del POR Puglia 2014-2020 Obiettivo tematico 4 "Energia sostenibile e qualità della vita" persegue il risultato di ridurre i consumi energetici negli edifici e nelle strutture pubbliche o ad uso pubblico, residenziali e non, per integrare le fonti rinnovabili attraverso progetti di investimento promossi dalla Regione Puglia e dalle amministrazioni pubbliche su edifici e strutture pubbliche, volti a incrementare il livello di efficienza energetica. In accordo con gli orientamenti nazionali, gli interventi potranno combinare la ristrutturazione degli edifici, sia con riferimento all'involucro esterno sia rispetto alle dotazioni impiantistiche, con sistemi intelligenti di telecontrollo, regolazione, gestione, monitoraggio ed ottimizzazione dei consumi;
- la dotazione dell'Azione 4.1 "interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici" è pari ad € 203.891.208,00 da destinarsi ad Amministrazioni Pubbliche ed alla Regione Puglia;
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1855 del 30.11.2016 la Giunta Regionale, ha approvato la variazione al bilancio regionale, ai sensi del D.Lgs n. 118 del 2011 per stanziare le risorse necessarie ad assicurare l'Avvio dell'Azione 4.1 "Interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici imputando la somma di complessivi € 173.307.526,8 ai seguenti capitoli di spesa:
 - Capitolo di spesa 1161410 "POR 2014-2020. Fondo FESR. Azione 4.1 - Interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici. Contributi agli investimenti a amministrazioni locali. Quota UE" per € 101.945.604,00 (codifica piano dei conti U.2.03.01.02.000 - CRA 62.06);
 - Capitolo di spesa 1162410 "POR 2014-2020. FONDO FESR. Azione 4.1 - Interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici. Contributi agli investimenti a amministrazioni locali. Quota Stato" per € 71.361.922,80 (codifica piano dei conti U.2.03.01.02.000 - CRA 62.06);
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 545 del 11.04.2017 è stata approvata la variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2017 e sono stati istituiti nuovi capitoli regionali al fine di stanziare le risorse del Patto per la Puglia;
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 31.01.2017 è stato approvato l'avviso di selezione degli

Interventi a valere sull'azione 4.1 "Interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici";

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 471 del 28.03.2017 si è proceduto all'integrazione della D.G.R. n. 66/2017 ed all'approvazione dello schema di avviso di selezione degli interventi;
- con Determinazione Dirigenziale n. 40 del 02.05.2017, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 64 del 01.06.2017, è stato approvato l'Avviso Pubblico per la selezione degli interventi per l'efficientamento degli edifici pubblici a valere sull'azione 4.1 e si è proceduto all'assunzione dell'obbligazione giuridica non perfezionata per un importo di € 157.891.208,00;
- nel corso dell'esercizio finanziario 2018 non sono state accertate e impegnate tutte le risorse stanziare con DGR n. 1397/2018 per assenza di obbligazioni giuridicamente vincolanti perfezionate;
- permangono i presupposti giuridici degli originari stanziamenti ai capitoli di entrata 4339010 e 4339020 relativi al POR Puglia 2014-2020 e al capitolo di entrata 4032420 relativo al FSC 2014-2020, che vanno tuttavia, reiscritti in bilancio sulla base delle obbligazioni che si perfezionano nel corrente esercizio

- Rilevato altresì che:

- Il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011 reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- L'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126, prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione relativamente a variazione compensativa tra le dotazioni di Missioni e dei Programmi riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate;
- la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti garantendo il pareggio di bilancio di cui alla Legge regionale n. 28 dicembre 2018, n.68 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021" ed il rispetto delle disposizioni di cui ai commi 819 a 843 della Legge n. L. n.145/2018. (Legge di Stabilità 2019).

VISTA la legge regionale del 28 dicembre 2018, n.68 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021".

VISTA la DGR n. 95 del 22.01.2019 di approvazione del Bilancio Gestionale Finanziario e il Documento Tecnico di Accompagnamento 2019-2021.

Si propone alla Giunta Regionale di apportare la variazione al bilancio di previsione annuale 2019, nonché pluriennale 2019-2021 al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio gestionale approvato con DGR n. 95 del 22.01.2019, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs 118/2011 e ss.mm.ii.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D. LGS N. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta la VARIAZIONE al Bilancio di Previsione 2019 e pluriennale 2019-2021, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio Gestionale approvato con DGR n. 95 del 22.01.2019 ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

BILANCIO VINCOLATO

Parte entrata

TIPO ENTRATA RICORRENTE

CRA	62 DIPARTIMENTO SVILUPPO ECONOMICO, INNOVAZIONE, ISTRUZIONE, FORMAZIONE E LAVORO 06 SEZIONE PROGRAMMAZIONE UNITARIA
-----	--

CAPITOLO Entrata	DESCRIZIONE CAPITOLO	TITOLO, TIPOLOGIA e CATEGORIA	PIANO DEI CONTI FINANZIARIO E GESTIONALE SIOPE	Codice UE	VARIAZIONE IN AUMENTO COMPETENZA CASSA E.F. 2019
4339010	Trasferimenti per il POR Puglia 2014/2020 - Quota UE Fondo FESR	4.200.5	E.4.02.05.03.001	1	+18.710.985,77
4339020	Trasferimenti per il POR Puglia 2014/2020 - Quota Stato Fondo FESR	4.200.1	E.4.02.01.01.001	1	+13.097.690,04
4032420	FSC 2014-2020. Patto per lo Sviluppo della Regione Puglia	4.200.1	E.4.02.01.01.001	2	+7.664.126,19

Il Titolo giuridico che supporta il credito: - POR Puglia 2014-2020: Decisione C(2017) 6239 del 14/09/2017 dei competenti Servizi della Commissione Europea che da ultimo modifica la Decisione C(2015) 5854 del 13 agosto 2015.

- Patto per il Sud: Del. CIPE n. 26/2010 avente ad oggetto "Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020: Piano per il Mezzogiorno. Assegnazione risorse" per il finanziamento del Patto per il Sud sottoscritto tra Regione Puglia e Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 10/09/2016.

Si attesta che l'Importo relativo alla copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con debitore certo: Unione Europea e Ministero dell'Economia e Finanze.

Parte spesa

TIPO DI SPESA RICORRENTE

CRA	CAPITOLO spesa	DESCRIZIONE CAPITOLO	Missione Programma Titolo	Codifica del Programma di cui al punto 1 lett. i) dell'All. 7 al D. Lgs. 118/2011	PIANO DEI CONTI FINANZIARIO	Codice identificativo delle transazioni riguardanti le risorse dell'UE di cui al punto 2 All. 7 D. Lgs. 118/2011	VARIAZIONE IN TERMINI DI COMPETENZA E CASSA E. F. 2019
CRA	1161410	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 4.1 - INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI PUBBLICI. CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI. QUOTA UE	17.2.2	01 Fonti Energetiche	U.2.03.01.02	3	+18.710.985,77
CRA	1162410	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 4.1 - INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI PUBBLICI. CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI. QUOTA STATO	17.2.2	01 Fonti Energetiche	U.2.03.01.02	4	+13.097.690,04

CRA	1702000	PATTO PER LA PUGLIA FSC 2014-2020 INTERVENTI PER L'EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI PUBBLICI. CONTRIBUTI AGLI INVESTIMENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI.	17.2.2	01 Fonti Energetiche	U.2.03.01.02	8	+7.664.126,19
------------	---------	---	--------	-------------------------	--------------	---	---------------

L'entrata e la spesa di cui al presente provvedimento, complessivamente pari a € 39.472.802,00 corrisponde ad OGV che sarà perfezionata nel 2019 mediante atti adottati dal Dirigente della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali, in qualità di Responsabile dell'azione 4.1 del POR Puglia 2014-2020, giusta D.G.R. n.833/2016 ai sensi del principio contabile di cui all'allegato 4/2, par. 3.6, lett. c) "contributi a rendicontazione" del D. Lgs. 118/2011

L'Assessore allo sviluppo economico, d'intesa con l'Assessore con delega alla Programmazione Unitaria, sulla base della relazione come innanzi illustrata, propone alla Giunta Regionale l'adozione del seguente atto finale che rientra nelle specifiche competenze della Giunta Regionale ai sensi della L.R. 7/97 art. 4 lettera K.

Con successivo provvedimento dirigenziale si procederà all'impegno delle somme da parte della competente Sezione.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore allo Sviluppo Economico;
- viste le sottoscrizioni in calce al presente provvedimento della Dirigente della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali, dal Dirigente della Sezione Programmazione Unitaria e del Direttore del Dipartimento Sviluppo economico. Innovazione, Istruzione, Formazione e Lavoro;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di fare propria la relazione dei proponenti che qui si intende integralmente riportata;
- di apportare la variazione al Bilancio di Previsione 2019, al Documento Tecnico di accompagnamento e al Bilancio Gestionale approvato con DGR n. 95 del 22.01.2019 ai sensi dell'art. 51 comma 2) D.Lgs. 118/2011 e s.m.i. secondo quanto previsto nella sezione copertura finanziaria;
- di autorizzare il Dirigente della Sezione Infrastrutture Energetiche e Digitali ad operare sui capitoli di entrata e di spesa di cui alla sezione copertura finanziaria a valere sull'azione 4.1 del POR Puglia 2014-2020 e sull'Azione "Interventi per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici" del Patto per lo sviluppo della Puglia;
- di autorizzare la Sezione Bilancio e Ragioneria a procedere ai conseguenti adempimenti contabili;
- di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, relativo alla variazione di bilancio;
- di incaricare, a seguito dell'approvazione della presente deliberazione, la Sezione Bilancio e Ragioneria alla trasmissione al Tesoriere regionale del prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n.118/2011;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../... n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del ERI/DEL/2019/000

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2019
				in aumento	in diminuzione	
MISSIONE	17	Energia e diversificazione delle fonti energetiche				
Programma	2	Politica regionale unitaria per l'energia e la diversificazione delle fonti energetiche				
TITOLO	2	Spese in conto capitale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	39.472.802,00 39.472.802,00		
Totale Programma	2	Politica regionale unitaria per l'energia e la diversificazione delle fonti energetiche	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	39.472.802,00 39.472.802,00		
TOTALE MISSIONE	17	Energia e diversificazione delle fonti energetiche	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	39.472.802,00 39.472.802,00		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	39.472.802,00 39.472.802,00		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	39.472.802,00 39.472.802,00	0,00 0,00	

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2019
				in aumento	in diminuzione	
TITOLO	IV	Entrate in conto capitale				
Tipologia	200	Contributi agli investimenti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	39.472.802,00 39.472.802,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE TITOLO	IV	Entrate in conto capitale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	39.472.802,00 39.472.802,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	39.472.802,00 39.472.802,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	39.472.802,00 39.472.802,00	0,00 0,00 0,00

TIMBRE E FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

IL PRESENTE ALLEGATO
E' COMPOSTO DA 1 FOGLI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 864

Seguito D.G.R. n.1283/2018. Integrazioni e modificazioni al “Disciplinare regolante la costituzione ed il funzionamento della Commissione regionale dei beni culturali istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art. 6”.

L'Assessore all'Industria Turistica e Culturale - Gestione e Valorizzazione dei Beni Culturali Avv. Loredana Capone, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario Alta Professionalità Dott. Antonio Lombardo, di concerto con il Dirigente del Servizio Istituti e Luoghi della Cultura Dott. Massimiliano Colonna e condivisa dalla Dirigente della Sezione Valorizzazione Territoriale Avv. Silvia Pellegrini, confermata dal Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio dott. Aldo Patrono, riferisce quanto segue.

Premesso:

- che la Legge regionale del 25 giugno 2013, n. 17 - Disposizioni in materia di beni culturali - si pone quale necessario completamento della disciplina dettata dal Codice dei beni culturali, e dall'altro offre spunti innovativi nel rispetto dei principi espressi dallo stesso D. Lgs. n. 42/2004 e delle competenze istituzionali della Regione, proponendosi, quale specifico obiettivo, la creazione di un sistema Integrato finalizzato alla valorizzazione dei beni culturali, elaborato sulla base delle pregresse esperienze sviluppate in materia dalla Regione Puglia;
- che l'art. 6 della suddetta legge regionale prevede l'istituzione della Commissione regionale per i beni culturali, organismo consultivo a carattere tecnico-scientifico competente nell'elaborazione di pareri in materia di piani strategici di sviluppo culturale, accordi di valorizzazione, standard minimi ed in generale nella materia dei beni culturali e connessi servizi e disciplina, con apposito provvedimento regionale, la costituzione ed il funzionamento della stessa;
- che con Deliberazione n.1268 del 27 maggio 2015, la Giunta regionale ha proceduto all'approvazione del Disciplinare per il funzionamento della Commissione regionale per i beni culturali istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art.6;
- che, con Il Decreto del Ministero dei Beni e dell'Attività culturali e del Turismo, del 21 febbraio 2018 (*Adozione dei livelli minimi uniformi di qualità per i musei e i luoghi della cultura di appartenenza pubblica e attivazione del Sistema museale nazionale*), sono stati adottati i «Livelli uniformi di qualità per i musei» (art.1 del Decreto Ministeriale), e sono state definite le finalità del Sistema museale nazionale;
- che, in particolare, con l'art.5, comma 1, del predetto Decreto Ministeriale, è stato Istituito l'Organismo regionale di accreditamento *“cui compete l'istruttoria delle istanze di accreditamento al Sistema museale nazionale”* e, con il successivo comma 2, si prevede che *“L'organizzazione e il funzionamento dell'Organismo sono disciplinati da ciascuna Regione”*;
- che, l'art.5, comma 2, prevede che *“L'organizzazione e il funzionamento dell'Organismo sono disciplinati da ciascuna Regione”*;
- che, con la Deliberazione di Giunta Regionale 18 luglio 2018 n.1283, la Regione Puglia ha proceduto alla modificazione del succitato *“Disciplinare per il funzionamento della Commissione Regionale per i beni culturali”*, attribuendo alla Commissione Regionale per i beni culturali, di cui alla L.R. n.17/2013 art. 6, i compiti di Organismo regionale di accreditamento in coerenza con quanto stabilito dal Decreto Ministeriale 21 febbraio 2018;

- che, alla luce del riformato quadro normativo statale, con la medesima Deliberazione di Giunta Regionale 1283/2018 è stata evidenziata l'opportunità di dare avvio al processo di modificazione della L.R. n. 17/2013 (Disposizioni in materia di beni culturali) al fine di aggiornarla in considerazione del mutato quadro normativo nazionale;

Ritenuto che:

- risulta necessario procedere, nelle more della conclusione del processo di modificazione della L. R. n. 17/2013, ad un'ulteriore modificazione ed integrazione del *"Disciplinare per il funzionamento della Commissione regionale per i beni culturali istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art. 6"*, approvato con la Deliberazione n. 1268 del 27 maggio 2015 e modificato con Deliberazione n. 1283 del 18 luglio 2018, tanto al fine di dare concreto e celere avvio al procedimento di nomina della Commissione regionale per i beni culturali, istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art. 6 ed aggiornato in coerenza con il Decreto Ministeriale 21 febbraio 2018 (*Adozione dei livelli minimi uniformi di qualità per i musei e i luoghi della cultura di appartenenza pubblica e attivazione del Sistema museale nazionale*);
- in particolare, risulta necessario procedere:
 - 1) a modificare le modalità di individuazione dei nominativi dei membri componenti la più volte citata Commissione regionale per i beni culturali, che potranno essere individuati dagli organismi previsti dall'art. 1, comma 3, del Disciplinare, anche al di fuori di procedure comparative pubbliche;
 - 2) alla effettiva individuazione delle associazioni professionali competenti, previste all'art. 1, comma 3, lett. g), del Disciplinare, nelle articolazioni regionali pugliesi delle seguenti associazioni: ICOM (International Council of Museums), ANAI (Associazione Nazionale Archivistica Italiana), ANA (Associazione Nazionale Archeologi) ed AIB (Associazione Italiana Biblioteche);
 - 3) a introdurre un ulteriore comma all'art.1, de) Disciplinare, con il seguente contenuto:
"Sarà cura dell'Assessorato all'Industria turistica e culturale invitare gli organismi sopra riportati a fornire i nominativi dei soggetti designati entro 30 giorni dalla richiesta. In assenza di designazione nei termini previsti, provvederà l'assessore delegato nel rispetto delle differenti articolazioni e dei criteri previsti dall'art. 6 comma 6 della Legge regionale n. 17/2013.";

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie e delle motivazioni innanzi espresse, propone alla Giunta regionale l'adozione del seguente atto finale che rientra nelle competenze della Giunta regionale a norma dell'art. 4, comma 4, lettera k, della L.R. n.7/1997.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore relatore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di prendere atto di quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

- di approvare, in attuazione del disposto dell'articolo 6 della L.R. n. 17/2013, il testo integrato e modificato del *"Disciplinare regolante la costituzione ed il funzionamento della Commissione regionale dei beni culturali istituita con Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17, art 6"*, allegato A alla presente deliberazione della quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- di dare mandato all'Assessorato all'Industria turistica e culturale di avviare il procedimento di nomina della Commissione regionale dei beni culturali istituita ai sensi dell'art. 6 della Legge regionale 25 giugno 2013, n. 17;
- di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R.P.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

All. A)

**DISCIPLINARE PER IL FUNZIONAMENTO DELLA COMMISSIONE PER I BENI CULTURALI
ISTITUITA CON LEGGE REGIONALE 25 GIUGNO 2013, N. 17, ART. 6****Articolo 1. Composizione**

1. La Commissione per i beni culturali (di seguito Commissione) è organo collegiale consultivo a carattere tecnico-scientifico in materia di beni culturali e connessi servizi, istituito con l'art. 6, della Legge Regionale 25 giugno 2013, n. 17 (d'ora in avanti legge). Alla Commissione regionale per i beni culturali sono attribuite, altresì, le funzioni di Organismo di accreditamento regionale, e cura l'istruttoria delle istanze di accreditamento al Sistema museale nazionale, così come previsto dall'art. 5 del Decreto Ministeriale del 21 febbraio 2018, n. 113, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 4 aprile 2018 (*Adozione dei livelli minimi uniformi di qualità per i musei e i luoghi della cultura di appartenenza pubblica e attivazione del Sistema museale nazionale*).

2. La Commissione è composta da undici membri di comprovata esperienza in materia di beni culturali, nonché in materia di economia con riferimento alla gestione dei beni culturali, legislazione dei beni culturali, promozione e comunicazione dei valori riferibili al patrimonio culturale e selezionati in modo da assicurare la massima eterogeneità di competenze, la rappresentanza delle associazioni professionali e la trasparenza delle procedure.

3. La Commissione dura in carica tre anni, i suoi membri sono nominati con deliberazione della Giunta regionale, possono essere rinnovati una sola volta e sono designati secondo l'articolazione seguente:

- a) due dalla Giunta regionale;
- b) due dal Consiglio regionale;
- c) uno da individuarsi nel Direttore del Polo museale regionale;
- d) uno dall'Unione province d'Italia Puglia;
- e) uno dall'Associazione nazionale comuni italiani Puglia;
- f) due dalle Università pubbliche pugliesi, di concerto fra loro;
- g) due tra le associazioni professionali rappresentative delle categorie maggiormente coinvolte e precisamente ICOM (International Council of Museums), ANAI (Associazione Nazionale Archivistica Italiana), ANA (Associazione Nazionale Archeologi) ed AIB (Associazione Italiana Biblioteche), di concerto fra loro.

4. Sarà cura dell'Assessorato all'Industria turistica e culturale con il supporto della Sezione Valorizzazione territoriale invitare gli organismi sopra riportati a fornire i nominativi dei soggetti designati entro trenta giorni dalla richiesta. In assenza di designazione nei termini previsti, provvederà l'assessore delegato nel rispetto delle differenti articolazioni e dei criteri previsti dall'art. 6 comma 6 della Legge Regionale 25 giugno 2013, n.17.

5. I membri della Commissione devono essere in possesso di comprovata esperienza e competenza in storia dell'arte, architettura, restauro, recupero e riuso dei beni architettonici e culturali, archeologia, museologia, scienze bibliotecarie ed archivistiche, economia con particolare riferimento alla gestione dei beni culturali, alla legislazione dei beni culturali alla promozione e comunicazione dei valori riferibili al patrimonio.

6. Ai lavori della Commissione partecipano ordinariamente, senza diritto di voto, salvo nel caso di esame delle istruttorie delle istanze di accreditamento al Sistema museale nazionale, il Direttore del Dipartimento e il Dirigente della Sezione della Regione competenti per materia.

7. Ai membri della Commissione non è dovuta alcuna indennità o rimborso atteso che la partecipazione alla sedute è a titolo gratuito.

8. Con deliberazione della Giunta regionale si provvede alla sostituzione dei componenti che, per qualsiasi motivo, cessino dalla carica prima della scadenza del mandato. Il soggetto nominato in sostituzione del componente decaduto o dimissionario è designato da chi ha indicato il componente decaduto o dimissionario, e resta in carica per il rimanente periodo di durata della Commissione.

Articolo 2. Incompatibilità e inconferibilità e decadenza

1. Nel rispetto della Deliberazione di Giunta regionale n. 24 del 24 gennaio 2017 (*Linee di indirizzo per la nomina di rappresentanti della Regione in enti, istituzioni, organismi di diritto pubblico o privato, nonché in gruppi di lavoro, tavoli tecnici, commissioni, comitati o altri organismi collegiali*), la nomina dei componenti la Commissione soggiace alle disposizioni del decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 e ss.mm.ii. (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*) e della normativa nazionale e regionale in materia di inconferibilità e incompatibilità.

2. Non possono essere nominati membri della Commissione, e qualora ne facciano parte decadono dalla nomina:

- a) i Parlamentari, anche europei;
- b) gli Amministratori ed i Consiglieri regionali e degli Enti Locali;
- c) coloro che si trovano nelle condizioni di cui all'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- d) coloro che siano portatori, a qualunque titolo, di interessi in relazione agli atti sui quali la Commissione è chiamata ad esprimersi.

Articolo 3. Modalità di funzionamento della Commissione

1. La Commissione è convocata per la seduta di insediamento dal Direttore del Dipartimento e, nella prima seduta, elegge tra i propri componenti e nella prima seduta il Presidente ed il Vice -Presidente.

2. In caso di assenza o impedimento del Presidente, le funzioni di quest'ultimo sono esercitate dal Vice -Presidente ed, in assenza anche di quest'ultimo, dal componente più anziano.

3. La convocazione della Commissione, salvo che per la seduta di insediamento, compete al Presidente o da chi ne esercita le funzioni, a mezzo di nota consegnata a mano, o trasmessa posta elettronica o sms, almeno tre giorni prima della seduta.

4. La Commissione è convocata almeno una volta nel corso dell'anno.

5. Le riunioni della Commissione non sono pubbliche. Il Presidente può disporre l'audizione dei soggetti da cui sia necessario acquisire eventuali pareri tecnici od informazioni. Questi ultimi non possono partecipare alla successiva attività istruttoria e di espressione del parere da parte della stessa Commissione.

6. Per la validità delle sedute e dei pareri della Commissione è necessaria la presenza della maggioranza dei componenti in carica.

7. Le funzioni di segreteria sono svolte da un funzionario regionale della Sezione competente in materia di beni culturali che provvede alla redazione del verbale delle riunioni della Commissione stessa e cura la raccolta e l'archiviazione degli atti della Commissione.

Articolo 4. Modalità e termini per l'espressione del parere e di conclusione dei procedimenti istruttori

1. I pareri e le decisioni della Commissione si intendono validamente assunti con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. A parità di voto prevale quello del componente che presiede la Commissione.

2. I pareri e le decisioni assunti dalla Commissione devono essere adeguatamente motivati.

3. La Commissione esprime il proprio parere e conclude i propri procedimenti istruttori non oltre il termine di trenta giorni.

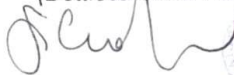
4. Il termine fissato nel precedente comma può essere sospeso da una sola richiesta di integrazione documentale per un periodo non superiore a giorni sessanta e riprende a decorrere dalla data di ricezione delle integrazioni medesime.

Il presente allegato si compone di

n° 3 fasciate

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

(Dott.ssa Silvia Pellegrini)



in data 11/06/2019 alla causa n. 100/2019
del Tribunale di Bari
in materia di
giustizia civile
avverso la sentenza
del Tribunale di Bari
n. 100/2019
del 11/06/2019

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 865

Cont. n. 2778-2779-2780-2781-2782/07/B – CdA – C.G. c/Regione Puglia. Compensi professionali spettanti all'avv. Ettore SBARRA. Variazione al bilancio di previsione per la reiscrizione di residui passivi perenti e.f. 2009 (A.D. 024/2009/01146). Art. 51, comma 2, lettera g), del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. - D.G.R. n. 770/2019.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile di Alta Professionalità "Procedure di liquidazione compensi professionali", confermata dal Dirigente Amministrativo e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura Regionale, riferisce quanto segue:

- Con delibera n. 1538 del 7/8/2009 la Giunta Regionale ha ratificato l'incarico conferito in via d'urgenza dal Presidente pro-tempore il 18/6/2009 all'avvocato Ettore SBARRA di rappresentare e difendere la Regione Puglia nel giudizio di appello avverso le sentenze nn. 3579 - 3577-3575-3565-3573/09 del Tribunale del Lavoro di Bari di rigetto delle opposizioni della Regione Puglia e confermato i decreti ingiuntivi proposti da C.G. (A.D. n.1149/2009 di impegno della presumibile spesa di € 22.989,05 di cui acconto € 2.500.00 - Valori delle cause: € 27.714,88 - € 36.416,80 - € 28.027,34 - € 29.339,66 - € 28.417,91. Settore di spesa: Avvocatura).
- L'avv. Sbarra, con note pervenute il 6/8/2014, prot. 11/L/11888,11890,11887,11889 e 11886 ha comunicato la cancellazione delle cause di appello conseguente alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1222 del 2/7/2013 che ha definito le pendenze nei confronti dei legali ex interni. Con la medesima nota ha trasmesso le notule rispettivamente di € 3.904,65, € 3.904,65, € 3.904,65, € 3.904,65, € 3.904,65, comprensive dell'attività svolta per la conciliazione, per complessivi € 19.523,25.
- All'esito della verifica di congruità operata sulla parcella dal responsabile della liquidazione dell'Avvocatura Regionale, rideterminata per quanto attiene il rimborso forfettario, l'avvocato Sbarra è risultato creditore della somma di € 18.883,61.
- In data 24/10/2018 è stata acquisita la disponibilità dell'avvocato Sbarra a ridurre il compenso applicando lo sconto del 20% sul totale dei compensi, pertanto la somma di cui si chiede la reiscrizione è di **€ 15.106,89**.
- Si procede col presente atto alla reiscrizione a carico del capitolo **1312** del residuo passivo perento della minor somma di **€ 15.106,89** di cui all'impegno n.929 assunto con A.D. n. **1149/2009**.

VISTI:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011 reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- l'art. 51, comma 2, lett. g) del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione riguardanti l'utilizzo della quota accantonata del risultato di amministrazione riguardante i residui perenti;
- l'art. 42, comma 8 del D.Lgs. n. 118/2011, come integrato dal D.Lgs. n. 126/2014, relativo all'applicazione dell'Avanzo di Amministrazione;
- la legge regionale n. 68 del 28/12/2018 di approvazione del "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021";
- la D.G.R. n. 95 del 22/01/2019 di approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2019-2021;
- la D.G.R. n. 161 del 31/1/2019 di autorizzazione degli spazi finanziari ai fini del pareggio di bilancio, di cui al commi 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii.

IL PRESENTE PROVVEDIMENTO COMPORTA L'APPLICAZIONE DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE DERIVANTE DALL'ACCANTONAMENTO PER LA REISCRIZIONE DEI RESIDUI PASSIVI PERENTI, CON LE RELATIVE VARIAZIONI AL BILANCIO DI PREVISIONE 2018-2020, AL DOCUMENTO TECNICO DI ACCOMPAGNAMENTO E AL BILANCIO GESTIONALE APPROVATO CON D.G.R. n. 95/2019 AI SENSI DELL'ART. 51, COMMA 2, LETTERA G) DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

VARIAZIONE DI BILANCIO

CRA	CAPITOLO		Missione Programma Titolo	P.D.C.F.	VARIAZIONE E. F. 2019 Competenza	VARIAZIONE E. F. 2019 Cassa
APPLICAZIONE AVANZO VINCOLATO DA ACCANTONAMENTO PER RESIDUI PASSIVI PERENTI					€ 15.106,89	
66.03	1110020	FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI CASSA (ART.51, L.R. N. 28/2001).	20.1.1	1.10.1.1		- € 15.106,89
45.01	1312	SPESE PER COMPETENZE PROFESSIONALI RELATIVE A LITI ARBITRATI RISARCIMENTI PENALITÀ ED ACCESSORI PER L'ESERCIZIO CORRENTE. ACCONTI ED ANTICIPAZIONI.	1.11.1	1.03.02.11	€ + 15.106,89	+ € 15.106,89

-La spesa di cui al presente provvedimento pari a complessivi **€ 15.106,89** corrisponde ad OGV che sarà perfezionata nel 2019 mediante impegno da assumersi con successivo atto del Dirigente dell'Avvocatura regionale.

-La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento è autorizzata in termini di spazi finanziari, di cui al comma 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017, dalla DGR n. 770/2019.

-All'impegno, liquidazione e pagamento della spesa di **€ 15.106,89** si provvederà con successive determinazioni dirigenziali dell'Avvocatura Regionale da adottarsi entro il corrente esercizio finanziario, con imputazione al pertinente capitolo.

- Il Presidente relatore, sulla base dell'istruttoria innanzi illustrata, vista la D.G.R. n.770/02, propone l'adozione del conseguente atto finale, rientrante nella competenza della Giunta ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera K e della delibera di G.R. n. 3261 del 28/7/98.

LA GIUNTA

-Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

-Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A.P. "Procedure di liquidazione compensi professionali", dal Dirigente della Sezione Amministrativa e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura Regionale;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge.

DELIBERA

– **prendere atto** di quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato, per costituirne

parte integrante ed essenziale;

- **di apportare** la variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio regionale 2019 e pluriennale 2019-2021, approvato con L.R. n. 68/2018, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio gestionale approvato con D.G.R. n. 38/2018, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 come integrato dal D. Lgs. n. 126/2014, così come indicata nella sezione "*copertura finanziaria*" del presente atto;
- **di prendere atto** che la copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento in termini di spazi finanziari, di cui al comma 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017, è autorizzata dalla DGR n. 770/19;
- **di approvare** l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio;
- **di incaricare** la Sezione Bilancio e Ragioneria di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n.118/2011 conseguente all'approvazione della presente deliberazione;
- **di fare obbligo** all'Avvocatura Regionale di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto dirigenziale di impegno, liquidazione e pagamento della spesa complessiva di **€ 15.106,89** (imponibile € 11.906,44 CAP € 476,26, IVA € 2.724,19) in favore del professionista;
- **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. delibera G.R. n. ... del .../2019

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO		DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2019
				in aumento	in diminuzione	
Disavanzo d'amministrazione						
			0,00			0,00
MISSIONE	Programma	Servizi istituzionali, generali e di gestione				
	TITOLO	Altri Servizi generali				
	1	Spese correnti				
		residui presunti	0,00	15.106,89		0,00
		previsione di competenza	0,00			0,00
		previsione di cassa	0,00	15.106,89		0,00
Totale Programma						
	11	Altri Servizi generali				
		residui presunti	0,00			
		previsione di competenza	0,00			
		previsione di cassa	0,00			
MISSIONE		FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI CASSA	0,00			0,00
	Programma	Fondo di riserva	0,00			0,00
	TITOLO	Spese correnti	0,00		15.106,89	0,00
		residui presunti	0,00			0,00
		previsione di competenza	0,00			0,00
		previsione di cassa	0,00			0,00
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA						
		residui presunti	0,00			0,00
		previsione di competenza	0,00			0,00
		previsione di cassa	0,00			0,00
TOTALE GENERALE DELLE USCITE						
		residui presunti	0,00			0,00
		previsione di competenza	0,00			0,00
		previsione di cassa	0,00			0,00

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 866

Cont. n. 2159-2160-2161-2162-2163/07/GA – CdA – C.G. c/Regione Puglia. Compensi professionali spettanti all'avv. Ettore SBARRA. Variazione al bilancio di previsione per la reiscrizione di residui passivi perenti e.f. 2011 (A.D. 024/2011/00466). Art. 51, comma 2, lettera g), del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. - D.G.R. n. 770/2019.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile di Alta Professionalità "Procedure di liquidazione compensi professionali", confermata dal Dirigente Amministrativo e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura Regionale, riferisce quanto segue:

- Con delibera n. 1829 del 5/8/2011 la Giunta Regionale ha ratificato l'incarico conferito in via d'urgenza dal Presidente pro-tempore il 15/6/2011 all'avvocato Ettore SBARRA di rappresentare e difendere la Regione Puglia nel giudizio di appello avverso le sentenze nn. 8331-8329-8332-8339-8333/10 del Tribunale del Lavoro di Bari di rigetto delle opposizioni della Regione Puglia e confermato i decreti ingiuntivi proposti da C.G. (A.D. n.466/2011 di impegno della presumibile spesa di € 16.741,59 di cui acconto € 5.000,00.
- Valori delle cause: € 9.424,52, € 9.316, € 23.107,77, € 36.776,85, € 42.914,43. Settore di spesa: Avvocatura).
- L'avv. Sbarra, con note pervenute il 6/8/2014, prot. 11/L/11892,11891,11893,11894 e 11895 ha comunicato la cancellazione delle cause di appello conseguente alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1222 del 2/7/2013 che ha definito le pendenze nei confronti dei legali ex interni. Con la medesima nota ha trasmesso le notule di € 2.098,90, € 2.2098,90, € 2.2098,90, € 3.568,23, € 3.568,23, comprensive dell'attività svolta per la conciliazione, per complessivi € 13.433,16.
- All'esito della verifica di congruità operata sulle parcelle dal responsabile della liquidazione dell'Avvocatura Regionale, rideterminate per quanto attiene il rimborso forfettario, l'avvocato Sbarra è risultato creditore della somma di € 12.714,08.
- In data 24/10/2018 è stata acquisita la disponibilità dell'avvocato Sbarra a ridurre il compenso applicando lo sconto del 20% sul totale dei compensi, pertanto la somma di cui si chiede la reiscrizione è di **€ 10.171,27** (Imponibile € 8.016,45, CAP € 320,66 e IVA € 1.834,16).
- Si procede col presente atto alla reiscrizione a carico del capitolo **1312** del residuo passivo perento della minor somma di **€ 10.171,27** di cui all'impegno n. **592** assunto con A.D. n. **466/2011**.

VISTI:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011 reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- l'art. 51, comma 2, lett. g) del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione riguardanti l'utilizzo della quota accantonata del risultato di amministrazione riguardante i residui perenti;
- l'art. 42, comma 8 del D.Lgs. n. 118/2011, come integrato dal D.Lgs. n. 126/2014, relativo all'applicazione dell'Avanzo di Amministrazione;
- la legge regionale n. 68 del 28/12/2018 di approvazione del "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021";
- la D.G.R. n. 95 del 22/01/2019 di approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2019-2021;
- la D.G.R. n. 161 del 31/1/2019 di autorizzazione degli spazi finanziari ai fini del pareggio di bilancio, di cui ai

commi 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii.

IL PRESENTE PROVVEDIMENTO COMPORTA L'APPLICAZIONE DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE DERIVANTE DALL'ACCANTONAMENTO PER LA REISCRIZIONE DEI RESIDUI PASSIVI PERENTI, CON LE RELATIVE VARIAZIONI AL BILANCIO DI PREVISIONE 2018-2020, AL DOCUMENTO TECNICO DI ACCOMPAGNAMENTO E AL BILANCIO GESTIONALE APPROVATO CON D.G.R. n. 95/2019 AI SENSI DELL'ALL'ART. 51, COMMA 2, LETTERA G) DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

VARIAZIONE DI BILANCIO

CRA	CAPITOLO	Missione Programma Titolo	P.D.C.F.	VARIAZIONE E. F. 2019 Competenza	VARIAZIONE E. F. 2019 Cassa
APPLICAZIONE AVANZO VINCOLATO DA ACCANTONAMENTO PER RESIDUI PASSIVI PERENTI				€ 10.171,24	
66.03	1110020	FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI CASSA (ART.51, L.R. N. 28/2001).	20.1.1	1.10.1.1	- € 10.171,24
45.01	1312	SPESE PER COMPETENZE PROFESSIONALI RELATIVE A LITI ARBITRATI RISARCIMENTI PENALITÀ ED ACCESSORI PER L'ESERCIZIO CORRENTE. ACCONTI ED ANTICIPAZIONI.	1.11.1	1.03.02.11	+ € 10.171,24

-La spesa di cui al presente provvedimento pari a complessivi **€ 10.171,24** corrisponde ad OGV che sarà perfezionata nel 2019 mediante impegno da assumersi con successivo atto del Dirigente dell'Avvocatura regionale.

-La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento è autorizzata in termini di spazi finanziari, di cui al comma 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017, dalla DGR n. 770/2019.

-All'impegno, liquidazione e pagamento della spesa di **€ 10.171,24** si provvederà con successiva determinazione dirigenziale dell'Avvocatura Regionale da adottarsi entro il corrente esercizio finanziario, con imputazione al pertinente capitolo.

- Il Presidente relatore, sulla base dell'istruttoria innanzi illustrata, vista la D.G.R. n.770/02, propone l'adozione del conseguente atto finale, rientrante nella competenza della Giunta ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera K e della delibera di G.R. n. 3261 del 28/7/98.

LA GIUNTA

-Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

-Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A.P. "Procedure di liquidazione compensi professionali", dal Dirigente della Sezione Amministrativa e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura Regionale;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- **prendere atto** di quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato, per costituirne parte integrante ed essenziale;
- **di apportare** la variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio regionale 2019 e pluriennale 2019-2021, approvato con L.R. n. 68/2018, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio gestionale approvato con D.G.R. n. 38/2018, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 come integrato dal D. Lgs. n. 126/2014, così come indicata nella sezione "*copertura finanziaria*" del presente atto;
- **di prendere atto** che la copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento in termini di spazi finanziari, di cui al comma 463 e seguenti dell'articolo unico della Legge n. 232/2016 e del comma 775 dell'articolo unico della Legge n.205/2017, è autorizzata dalla DGR n. 770/19;
- **di approvare** l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio;
- **di incaricare** la Sezione Bilancio e Ragioneria di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n.118/2011 conseguente all'approvazione della presente deliberazione
- **di fare obbligo** all'Avvocatura Regionale di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto dirigenziale di impegno, liquidazione e pagamento della spesa complessiva di **€ 10.171,24** in favore del professionista;
- **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: / /

n. protocollo

Rif. delibera G.R. n. del /2019

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO		DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2019
				in aumento	in diminuzione	
Disavanzo d'amministrazione						
			0,00			0,00
MISSIONE	Programma	1	Servizi istituzionali generali e di gestione			
	Titolo	11	Altri Servizi generali			
		1	Spese correnti			
			residui presunti	0,00		0,00
			previsione di competenza	0,00	10.171,27	0,00
			previsione di cassa	0,00	10.171,27	0,00
Totale Programma						
		11	Altri Servizi generali	0,00		
			residui presunti	0,00		
			previsione di competenza	0,00		
			previsione di cassa	0,00		
MISSIONE		20	FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI	0,00		0,00
	Programma	1	CASSA	0,00		0,00
	Titolo	1	Fondo di riserva	0,00	10.171,27	0,00
			Spese correnti	0,00		0,00
			residui presunti	0,00		0,00
			previsione di competenza	0,00		0,00
			previsione di cassa	0,00		0,00
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA						
TOTALE GENERALE DELLE USCITE						
			residui presunti	0,00		0,00
			previsione di competenza	0,00		0,00
			previsione di cassa	0,00		0,00

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.L.gs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: / /

n. protocollo

Rif. delibera G.R. n. del ... / 2019

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2019
			in aumento	in diminuzione	
Fondo pluriennale vincolato per spese correnti					
Fondo pluriennale vincolato per spese in conto capitale					
Utilizzo Avanzo d'amministrazione					
TITOLO	xx xxxxxxxx	0,00			0,00
Tipologia	xxxx xxxxxxxx	0,00			0,00
TOTALE TITOLO	xx xxxxxxxx	0,00	10.171,27		0,00
residui presunti					
previsione di competenza					
previsione di cassa					
residui presunti					
previsione di competenza					
previsione di cassa					
residui presunti					
previsione di competenza					
previsione di cassa					
residui presunti					
previsione di competenza					
previsione di cassa					
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA					
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE					
0,00					
A.P. Marina Liberti		AVVOCATURA REGIONALE DIRIGENTE SEZ. AMMINISTRATIVA		Il presente allegato è composto da n. 2 Fogli	

Il presente allegato è composto da n. 2 Fogli
Avv.to Coordinatore Rosanna LanzaAVVOCATURA REGIONALE
DIRIGENTE SEZ. AMMINISTRATIVA
Dott.ssa Marina Libertini

A.P. Marina Libertini

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 868

Cont. n. 300/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto-(R.G. 84/2015) Comune di Montemelosa c/ Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno.

Il Presidente della G.R., sulla base della disamina effettuata dal responsabile del procedimento, e confermata dall'Avvocato Coordinatore, riferisce quanto segue:

- Il Comune di Montemelosa adiva il Giudice dell'Esecuzione del Tribunale di Taranto proponendo opposizione avverso il pignoramento presso terzi promosso in suo danno dalla Regione Puglia in virtù di titolo esecutivo rappresentato da ingiunzione n. 32/1993 emessa dallo stesso Ente per il recupero della somma di € 154.493,32.
- La Regione Puglia si costituiva in giudizio a mezzo dell'Avvocato regionale Maria Rosaria Avagliano, e dell'Avv. Rosanna Caiazzo del foro di Taranto, chiedendo il rigetto dell'opposizione sul rilievo della infondatezza della eccezione prescrizione del credito.
- La III Sez. del Tribunale di Taranto con sentenza n. 2606/2014 accoglieva l'opposizione proposta dall'Ente locale, e, per l'effetto, dichiarava nullo il pignoramento presso terzi compensando le spese di lite.
- Avverso la citata sentenza n. 2606/2014, la Regione Puglia proponeva appello a mezzo dell'Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno, dinanzi alla Corte di Appello di Lecce - Sez. dist. di Taranto - che con successiva pronuncia n. 184/2018, pubblicata il 7.05.2018, lo accoglieva e, per l'effetto, rigettava l'opposizione spiegata dal Comune di Montemelosa.
- All'esito della verifica della documentazione relativa agli atti di causa operata dall'Avvocato regionale incaricato, Avv. Maria Rosaria Avagliano, è emersa la necessità di regolarizzare, alle condizioni economiche stabilite nella convenzione per incarico professionale n. Rep. 016525 del 10.12.2014, l'affidamento del mandato difensivo conferito in data 12.11.2014 dal Presidente della GR p.t. all'Avv. Caiazzo per il giudizio iscritto al n. di R.G. 84/2015 conclusosi con la sentenza n. 184/2018 della Corte di Appello di Lecce sez. dist. di Taranto e, quindi, di provvedere all'adozione di una deliberazione di ratifica ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006
- A tal fine, si precisa che il compenso relativo al contenzioso in oggetto è stato convenzionalmente stabilito tra le parti nella misura di € 16.304,08= comprensivo di rimborso spese generali, IVA e CPA, calcolato in base ai criteri di cui alla deliberazione di G.R. n. 2848 del 20.12.2011, così come integrata e modificata con DGR n. 1985 del 16.10.2012 e 2697/2012.
- Tanto premesso, si ritiene necessario che la Giunta Regionale ratifichi ai sensi dell'art. 1, comma 4 sexies, della L.R. n. 18/2006 istitutiva dell'Avvocatura regionale, il mandato conferito in via d'urgenza dal Presidente della G.R. prò tempore all'Avv. Rosanna Caiazzo, per la proposizione dell'Appello iscritto al n. di R.G. 84/2015 dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-.
- L'atto di impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato verrà adottato al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art.73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126

VALORE DELLA CAUSA: determinato € 232.495,90.

SETTORE DI SPESA: Contenzioso Amministrativo.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm e ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che dispesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

- Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone l'adozione del

conseguente atto finale, rientrante nella competenza della Giunta ai sensi della L.R. 7/97, art. 4, comma 4, lettera K e della delibera di G.R. n. 3261 del 28/7/98.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente
 - Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile dell'istruttoria e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di ratificare ai sensi dell'art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, il mandato conferito dal Presidente *pro tempore* della G.R. all'Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno, per la proposizione dell'Appello avverso la sentenza n. 2606/2014 dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-, in premessa specificato;
- di fare obbligo al responsabile del procedimento di spesa connesso al presente provvedimento di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto di impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato, così come indicato nella sezione "Copertura finanziaria", al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art.73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126;
- di disporre la trasmissione del presente provvedimento alla Procura della Corte dei Conti per la Puglia, ai sensi dell'art.23 - co. 5) della L.289/2002;
- di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 869

Cont. n. 299/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto-(RG 594/2014) Comune di Montemesola c/ Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno.

Il Presidente della G.R., sulla base della disamina effettuata dal responsabile del procedimento, e confermata dall'Avvocato Coordinatore, riferisce quanto segue:

- Il Comune di Montemesola adiva il Giudice dell'Esecuzione del Tribunale di Taranto proponendo opposizione avverso il pignoramento presso terzi promosso in suo danno dalla Regione Puglia in virtù di titolo esecutivo rappresentato da ingiunzione n. 31/1993 emessa dallo stesso Ente per la restituzione di un mutuo erogato nell'anno 1984.

-La Regione Puglia si costituiva in giudizio a mezzo dell'Avvocato regionale Maria Rosaria Avagliano, e dell'Avv. Rosanna Caiazzo del foro di Taranto, chiedendo il rigetto dell'opposizione sul rilievo della infondatezza della eccezione prescrizione del credito.

- La III Sez. del Tribunale di Taranto con sentenza n. 2345/2014 rigettava l'opposizione proposta dall'Ente locale, compensando per un terzo le spese di lite e condannando, altresì, il Comune di Montemesola alla rifusione dei residui due terzi in favore della Regione Puglia.

-Avverso la citata sentenza n. 2345/2014, il Comune di Montemesola proponeva appello dinanzi alla Corte di Appello di Lecce - Sez. dist. di Taranto - (R.G. 594/2014) che con successiva pronuncia n. 370/2017, pubblicata il 6.11.2017, lo rigettava con conseguente condanna al pagamento delle spese di lite in favore dell'Ente regionale.

-All'esito della verifica della documentazione relativa agli atti di causa operata dall'Avvocato regionale incaricato, Avv. Maria Rosaria Avagliano, è emersa la necessità di regolarizzare, alle condizioni economiche stabilite nella convenzione per incarico professionale n. Rep. 016959 del 20.03.2015, l'affidamento del mandato difensivo conferito in data 16.2.2015 dal Vice Presidente della GR p.t. all'Avv. Caiazzo per il giudizio iscritto al n. di R.G. 594/2014 conclusosi con la sentenza n. 370/2017 della Corte di Appello di Lecce sez. dist. di Taranto e, quindi, di provvedere all'adozione di una deliberazione di ratifica ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006

- A tal fine, si precisa che il compenso relativo al contenzioso in oggetto è stato convenzionalmente stabilito tra le parti nella misura di € 5.224,44= comprensivo di rimborso spese generali, IVA e CPA, e spese vive calcolato in base ai criteri di cui alla deliberazione di G.R. n. 2848 del 20.12.2011, così come integrata e modificata con DGR n. 1985 del 16.10.2012 e 2697/2012.

- Tanto premesso, si ritiene necessario che la Giunta Regionale ratifichi ai sensi dell'art. 1, comma 4 sexies, della L.R. n. 18/2006 istitutiva dell'Avvocatura regionale, il mandato conferito in via d'urgenza dal Vice Presidente della G.R. *pro tempore* all'Avv. Rosanna Caiazzo, per la costituzione nel giudizio iscritto al n. di R.G. 594/2014 promosso dal Comune di Montemesola dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-.

l'atto di impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato verrà adottato al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art.73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126

VALORE DELLA CAUSA: determinato € 25.883,00 come stabilito nella convenzione n. Rep. 16959 del 20.03.2015.
SETTORE DI SPESA: Contenzioso Amministrativo.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm e ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

- Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi Illustrate propone l'adozione del conseguente atto finale, rientrante nella competenza della Giunta ai sensi della L.R. 7/97, art. 4, comma 4, lettera K e della delibera di G.R. n. 3261 del 28/7/98.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile dell'istruttoria e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura
A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

-di ratificare ai sensi dell'art. 1 comma 4 *sexies*, L.R. n. 18/2006, il mandato conferito dal Vice Presidente *pro tempore* della G.R. all'Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno, per la costituzione nel giudizio iscritto al n. di R.G. 594/2014 promosso dal Comune di Montemesola dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-, in premessa specificato;

- di fare obbligo al responsabile del procedimento di spesa connesso al presente provvedimento di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto di impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato, così come indicato nella sezione "Copertura finanziaria", al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art.73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126;

- di disporre la trasmissione del presente provvedimento alla Procura della Corte dei Conti per la Puglia, ai sensi dell'art.23 - co. 5) della L.289/2002;

- di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 870

Cont. n. 298/12/AV. Corte di Appello di Lecce – Sez. distaccata di Taranto- Comune di Montemesola c/ Regione Puglia. Ratifica incarico difensivo ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006, Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno.

Il Presidente della G.R., sulla base della disamina effettuata dal responsabile del procedimento, e confermata dall'Avvocato Coordinatore, riferisce quanto segue:

- Il Comune di Montemesola adiva il Giudice dell'Esecuzione del Tribunale di Taranto proponendo opposizione avverso il pignoramento presso terzi promosso in suo danno dalla Regione Puglia in virtù di titolo esecutivo rappresentato da ingiunzione n. 30/1993 tesa alla restituzione di un mutuo erogato nell'anno 1979.
- La Regione Puglia si costituiva in giudizio a mezzo dell'Avvocato regionale Maria Rosaria Avagliano, e dell'Avv. Rosanna Caiazzo del foro di Taranto, chiedendo il rigetto dell'opposizione sul rilievo della infondatezza della eccezione prescrizione del credito.
- La III Sez. del Tribunale di Taranto con sentenza n. 2343/2014 rigettava l'opposizione proposta dall'Ente locale, compensando per un terzo le spese di lite e condannando, altresì, il Comune di Montemesola alla rifusione dei residui due terzi in favore della Regione Puglia.
- Avverso la citata sentenza n. 2343/2014, il Comune di Montemesola proponeva appello dinanzi alla Corte di Appello di Lecce - Sez. dist. di Taranto- che con successiva pronuncia n. 555/2016, pubblicata il 28.11.2016, lo rigettava con conseguente condanna al pagamento delle spese di lite in favore dell'Ente regionale.
- All'esito della verifica della documentazione relativa agli atti di causa operata dall'Avvocato regionale incaricato, Avv. Maria Rosaria Avagliano, è emersa la necessità di regolarizzare, alle condizioni economiche stabilite nella convenzione per incarico professionale n. Rep. 016958 del 20.03.2015, l'affidamento del mandato difensivo conferito in data 16.2.2015 dal Vice Presidente della GR p.t. all'Avv. Caiazzo per il giudizio iscritto al n. di R.G. 593/2014 conclusosi con la sentenza n. 555/2016 della Corte di Appello di Lecce sez. dist. di Taranto e, quindi, di provvedere all'adozione di una deliberazione di ratifica ex art. 1 comma 4 sexies, L.R. n. 18/2006
- A tal fine, si precisa che il compenso relativo al contenzioso in oggetto è stato convenzionalmente stabilito tra le parti nella misura di € 6.851,52= comprensivo di rimborso spese generali, IVA e CPA, calcolato in base ai criteri di cui alla deliberazione di G.R. n. 2848 del 20.12.2011, così come integrata e modificata con DGR n. 1985 del 16.10.2012 e 2697/2012.
- Tanto premesso, si ritiene necessario che la Giunta Regionale ratifichi ai sensi dell'art. 1, comma 4 sexies, della L.R. n. 18/2006 istitutiva dell'Avvocatura regionale, il mandato conferito in via d'urgenza dal Vice Presidente della G.R. *pro tempore* all'Avv. Rosanna Caiazzo, per la costituzione nel giudizio iscritto al n. di R.G. 593/2014 promosso dal Comune di Montemesola dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-.
- L'atto di impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato verrà adottato al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art. 73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126

VALORE DELLA CAUSA: determinato € 25.883,00 come stabilito nella convenzione n. Rep. 16958 del 20.03.2015.
SETTORE DI SPESA: Contenzioso Amministrativo.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm e ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

- Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone l'adozione del

conseguente atto finale, rientrando nella competenza della Giunta ai sensi della L.R. 7/97, art. 4, comma 4, lettera K e della delibera di G.R. n. 3261 del 28/7/98.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente
 - Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile dell'istruttoria e dall'Avvocato Coordinatore dell'Avvocatura
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

-di ratificare ai sensi dell'art. 1 comma 4 *sexies*, L.R. n. 18/2006, il mandato conferito dal Vice Presidente *pro tempore* della G.R. all'Avv. Rosanna Caiazzo, legale esterno, per la costituzione nel giudizio iscritto al n. di R.G. 593/2014 promosso dal Comune di Montemesola dinanzi alla Corte di Appello di Lecce -Sez. dist. di Taranto-, in premessa specificato;

- di fare obbligo al responsabile del procedimento di spesa connesso al presente provvedimento di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto di Impegno della spesa, nonché di liquidazione e pagamento del compenso spettante al suddetto professionista incaricato, così come indicato nella sezione "Copertura finanziaria", al termine del procedimento di riconoscimento della legittimità della stessa quale debito fuori bilancio ai sensi dell'art.73 co. 1 lett. e) del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, come mod. dal d.lgs. 10 agosto 2014, n. 126;

- di disporre la trasmissione del presente provvedimento alla Procura della Corte dei Conti per la Puglia, ai sensi dell'art.23 - co. 5) della L.289/2002;

- di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 874

L.R. 30-04-1980, n. 34 – Conferma adesione della Regione Puglia all'Associazione Internazionale – Network of European Regions Using Space technologies – NEREUS - anno 2019.

Il Presidente della G.R., sulla base della disamina effettuata dal responsabile del procedimento, e confermata dall'Avvocato Coordinatore, riferisce quanto segue:

Nell'ambito dei Principi statutori la Regione esercita le proprie funzioni di governo *“attuando il principio di sussidiarietà, come responsabilità primaria delle istituzioni più vicine ai bisogni e come integrazione costante con le iniziative delle formazioni sociali e del volontariato dirette all'interesse generale e alla tutela pubblica dei diritti universali”* (art. 1, comma 4, dello Statuto).

L'attuazione del principio di sussidiarietà, nella specifica declinazione orizzontale, fa sì che anche iniziative promosse da soggetti privati assurgano ad attività istituzionali della Regione, laddove siano volte a perseguire finalità individuate nello Statuto della Regione.

Già con la Legge regionale 30 aprile 1980 n. 34 “Norme per l'organizzazione e la partecipazione a convegni, congressi ed altre manifestazioni e per l'adesione ad enti ed associazioni”, in particolare prevede all'art. 1 lettera c) e all'art. 4 che la Regione, nell'ambito delle attività volte a perseguire le proprie finalità statutarie, possa aderire ad enti, istituzioni, associazioni, comitati e qualsiasi altro organismo pubblico o privato che si propone per lo sviluppo culturale, scientifico, economico, artistico, turistico, sociale e sportivo della comunità regionale e che non abbiano scopo di lucro.

La Giunta regionale con provvedimento n. 1803 del 5 agosto 2014 ha indicato i criteri e le modalità di applicazione della L.R. n. 34/1980 approvando le “Linee guida per l'attuazione di iniziative istituzionali della Regione. Criteri e modalità di applicazione della L.R. n. 34/1980 e dell'art. 2 L.R. n. 3/2008”.

Le succitate Linee Guida prevedono espressamente al Titolo II Capo III art. 16 comma 2 lett. a) che l'adesione della Regione agli enti consiste nel versamento di quote annuali determinate a norma dello statuto o del regolamento dell'ente richiedente; l'art. 17 comma 3) prevede la possibilità di recesso unilaterale in ogni momento da parte della Regione per motivazioni di riduzione o di razionalizzazione della spesa pubblica.

Con deliberazione n° 728 del 15.05.2018 la Giunta Regionale ha disposto la conferma dell'adesione per l'anno 2018 all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS.

Con nota del 01.04.2019 il Tesoriere dell'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS ha comunicato che nell'Assemblea Generale annuale è stata confermata la quota per il 2019, pertanto per la Regione Puglia la quota annuale è pari ad € 10.000,00.

L'Associazione Nereus è una rete di 36 regioni europee che utilizza le tecnologie spaziali, rappresenta una piattaforma ideale per favorire l'agire congiunto delle regioni che hanno scelto di puntare sull'aerospazio come la Puglia, ed è una delle aree di innovazione prioritaria. La Puglia è la Regione italiana con la maggior crescita nel settore aerospazio, grazie all'attività dell'ARTI (Agenzia Regionale per la Tecnologia e l'Innovazione) e del Distretto Tecnologico Aerospaziale Pugliese.

Il 2018 è stato un anno importante per la rete per consolidare il suo ruolo nelle questioni relative agli usi dello spazio regionale a livello europeo e rafforzare la collaborazione interregionale in materia.

Tra i principali progetti del 2018, la rete sta conducendo le attività di comunicazione per il progetto EO4GEO, un progetto pilota per il Blueprint for Sectoral Skills Alliance volto a migliorare e rafforzare la formazione e

l'istruzione nel dominio di osservazione della Terra / Copernico.

Oltre a questo, NEREUS è membro del CoRdiNet-consortium, un'iniziativa di cinque relè di Copernico avviata nell'ottobre 2018 che mira a migliorare la digitalizzazione e le nuove soluzioni aziendali basate sull'osservazione della terra (EO), ovvero i dati di Copernicus.

NEREUS e i suoi partner supportano i consorzi IDEEO nello sviluppo di una strategia di internazionalizzazione per le società di ingegneria di massa nei settori agricolo e marittimo.

Nel novembre 2018 è stata lanciata una nuova pubblicazione Copernicus4Regions "The Ever Growing l'uso crescente di Copernico nelle regioni europee".

Con la L.R. n. 67 del 29.12.2018 avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021 della Regione Puglia" è stata approvata la legge di stabilità regionale per l'anno 2019.

Con L.R. n. 68 del 28.12.2018, avente ad oggetto "*Bilancio di Previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021*" il Consiglio Regionale ha approvato il bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021, predisposto secondo i criteri di cui al D.Lgs n. 118/2011.

Con D.G.R. n. 95 del 22.01.2019 avente ad oggetto: "*Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021. Articolo 39 comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione*" la Giunta ha deliberato, tra l'altro, il riepilogo generale delle spese per il Bilancio finanziario gestionale 2019-2021 individuando i capitoli per l'esercizio finanziario 2019, tra cui il 1341 "*Quote annuali e contributi finanziari straordinari per adesioni ad organismi internazionali. Art. 4 L.R. 30.04.1980, n. 34 - Trasferimenti correnti al resto del mondo*".

Con D.G.R. n° 161 del 30.01.2019 avente ad oggetto: "*Concorso delle regioni a statuto ordinario alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per l'anno 2018. Articolo 1, commi 463 e seguenti, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019). Pareggio di bilancio. Primo provvedimento*", la Giunta regionale ha autorizzato, in termini di competenza finanziaria ai fini del pareggio di bilancio, le altre spese previste dal bilancio di previsione del corrente esercizio finanziario entro il limite che assicura il rispetto del saldo finanziario di cui all'art. 1, comma 466, della legge n. 232/2016; nell'allegato "B", la Giunta ha autorizzato l'importo per la Presidenza.

Con Atto Dirigenziale n. 16 del 19.02.2019, avente ad oggetto: "DGR n. 161 del 31.01.2019. Attribuzioni spazi finanziari per le spese afferenti le strutture della Presidenza Giunta Regionale", il Segretario Generale del Presidente ha autorizzato il Gabinetto del Presidente ad assumere i necessari provvedimenti di spesa a valere sul corrente esercizio finanziario.

Si ritiene che la conferma dell'adesione all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS, possa dare un valido supporto alla Regione, per la promozione e la realizzazione di attività che possono favorire la promozione e lo sviluppo culturale e socio-economico delle popolazioni; inoltre, la conferma dell'adesione all'Organismo è da ritenersi di particolare rilevanza sulla base degli obiettivi di pubblica utilità del programma di governo ed in particolare di promozione e di crescita culturale e socio-economica del territorio.

A tal fine assume specifico valore la conferma dell'adesione regionale all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS, per l'anno 2019, con una quota associativa pari ad € 10.000,00.

In ragione della funzionalità della partecipazione a detto Organismo per l'attuazione del programma di

governo, si sottopone alla Giunta regionale la conferma dell'adesione all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS, perché ne valuti la pubblica utilità al fine della conferma all'adesione per l'anno 2019.

COPERTURA FINANZIARIA D.Lgs n. 118/2011**Esercizio finanziario 2019**

Il presente provvedimento comporta una spesa di € **10.000,00** a carico del Bilancio Autonomo Regionale da finanziare con le disponibilità del capitolo **1341** - Esercizio finanziario 2019 -

C.R.A. 41.02 - Missione, Programma, Titolo: 01.01.1.4 - Macroaggregato 04 - Piano dei conti Finanziario: U1.04.05.04.001 -

L.R. n. 68 del 28.12.2018, avente ad oggetto "*Bilancio di Previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021*" secondo i criteri di cui al D.Lgs n. 118/2011 e D.G.R. n. 95 del 22.01.2019.

La copertura finanziaria riveniente dal presente provvedimento è autorizzata dalla D.G.R. n. 161 del 30.01.2019 e dall'Atto Dirigenziale n. 16 del 19.02.2019 del Segretario Generale della Presidenza.

All'impegno, alla liquidazione ed al pagamento della somma esigibile si provvederà con successivo atto dirigenziale entro il corrente esercizio finanziario.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, let. k della L.R. n. 7/97.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Direttore Amministrativo del Gabinetto e confermata dal Capo di Gabinetto;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di prendere atto di quanto esposto in narrativa e che qui s'intende integralmente riportato;
- di disporre, ai sensi degli artt. 1, lett. c) e 4 della L.R. n. 34/1980 e della D.G.R. n. 1803/2014, la conferma dell'adesione della Regione Puglia all'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS con sede in Bruxelles, per l'anno 2019;
- di approvare, con il presente provvedimento la spesa di € **10.000,00** a carico del Bilancio Autonomo Regionale da finanziare con le disponibilità del capitolo **1341** - esercizio finanziario 2019
- la copertura finanziaria riveniente dal presente provvedimento è autorizzata dalla D.G.R. n. 161 del 30.01.2019 e dall'Atto Dirigenziale n. 16 del 19.02.2019 del Segretario Generale della Presidenza;
- di incaricare il Direttore Amministrativo del Gabinetto a provvedere al relativo atto dirigenziale di impegno e liquidazione della spesa da adottarsi entro il corrente esercizio finanziario;
- di notificare il presente provvedimento al Presidente dell'Associazione Internazionale - Network of European Regions Using Space technologies - NEREUS con sede in Bruxelles;
- di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e sul sito istituzionale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 876

Disposizioni in materia di interventi in favore di Minori, Famiglia e Pari Opportunità - Intesa Famiglia 2017. Approvazione schema di Convenzione tra Regione Puglia e A.P.S. Forum delle Associazioni familiari di Puglia. DGR 1878 del 17/11/2017 e DGR 862 del 22/05/2018.

L'Assessore al Welfare, Salvatore Ruggeri, sulla base dell'istruttoria espletata dall'A.P. "Funzione di supporto e monitoraggio nell'attuazione di interventi connessi alle responsabilità familiari e alla conciliazione di vita e lavoro" e confermata dal Dirigente ad interim della Sezione Promozione della Salute e del Benessere e dal Dirigente ad interim del Servizio Minori, Famiglia e Pari Opportunità, riferisce quanto segue.

La Regione Puglia, con D.G.R. n. 1878 del 17/11/2017, ha approvato il Programma attuativo relativo all'Intesa Famiglia 2017, approvata in sede di Conferenza unificata 1 ottobre 2017, concernente l'utilizzo delle risorse stanziare sul Fondo Politiche della Famiglia anno 2017. Il Programma finanzia interventi a carattere innovativo in favore delle famiglie e delle responsabilità genitoriali nonché in favore della nascita.

La Linea Intervento 3 "Attività di sostegno alle responsabilità genitoriali da parte di associazioni familiari di II livello iscritte nel registro delle Aps della Regione Puglia" riguarda la sensibilizzazione sulla natalità e sulle responsabilità genitoriali organizzata da Associazioni familiari di secondo livello presenti in Puglia. Per tale attività le risorse allocate sono pari a € 100.000,00.

Dato atto che

- con D.D. n. 939 del 30.10.2018, pubblicata sul BURP n. 143 dell'8.11.2018, è stato approvato l'Avviso pubblico di manifestazione di interesse, ed i relativi allegati, per la selezione di Associazioni familiari di secondo livello iscritte nel registro delle A.P.S. di Regione Puglia da almeno 1 anno, interessate a fornire attività di Sostegno alle Responsabilità Familiari;
- alla data di scadenza dell'Avviso de quo (7.12.2018) è pervenuta alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere una sola proposta progettuale a cura dell'A.P.S. Forum delle Associazioni Familiari di Puglia con sede in Bari;
- con D.D. n. 1102 del 10.12.2018 si è provveduto a nominare apposita Commissione per la valutazione della candidatura;
- In data 13.12.2018 la Commissione, dopo aver concluso i lavori di valutazione, ritenuta la proposta progettuale pervenuta meritevole di ammissione a finanziamento, ha trasmesso alla Dirigente della Sezione tutti gli atti per l'approvazione della Graduatoria;
- Con D.D. n. 1152 del 13.12.2018 la Dirigente della Sezione ha:
 - a) approvato la Graduatoria ammettendo a contributo l'istanza inoltrata dall'A.P.S. Forum delle Associazioni Familiari di Puglia con sede in Bari alla via A. De Gasperi n.274/a - CF 93310610725
 - b) impegnato, in favore dell'APS, la somma di € 98.825,00 prelevandola dal cap. 781033 "Spese per l'attivazione di interventi, iniziative e azioni a favore delle famiglie di cui all'art.1, co 1250 e 1251, let. B) e C) della L. 296/2016 - Trasferimenti a istituzioni sociali private" finalizzata alla realizzazione della Progettualità

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta di:

- approvare lo schema di Convenzione tra la Regione Puglia - Assessorato al Welfare e l'A.P.S. Forum delle Associazioni familiari di Puglia, allegato A al presente provvedimento, per la realizzazione della Progettualità "Sostegno alle responsabilità genitoriali" secondo quanto descritto nei relativi Formulario di Progetto, cronoprogramma e Piano dei costi, agli atti del Servizio;
- autorizzare la Dirigente ad interim del Servizio Minori, Famiglia e Pari Opportunità alla sottoscrizione della Convenzione e conseguenti provvedimenti connessi alla linea di Intervento 3 della citata Intesa per le attività di sostegno in favore delle famiglie, delle responsabilità genitoriali e della natalità.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA DEL D.L.gs. m. 118/2011e s. m. i.

La spesa complessiva derivante dal presente provvedimento di € 98.825,00 trova copertura finanziaria nei fondi assegnati al Cap. 781033, Missione 12; Programma 5; titolo 1, Piano dei Conti: 1.4.4.1.1 del Bilancio regionale anno 2018 impegnati con Determinazione del Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere n. 1152 del 13.12.2018, in attuazione delle D.G.R. n.1878/2017 e n. 862/2018.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie e delle motivazioni innanzi espresse, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale che rientra nella specifica competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4 - lettera "K" della L.R. 7/1997 e successive modifiche ed integrazioni.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Welfare;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dall'A.P. e dal Dirigente ad interim della Sezione Promozione della Salute e dal Dirigente ad interim del Servizio Minori, Famiglia e Pari Opportunità;
- a voti unanimi e palesi, espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

- Di far propria la relazione dell'Assessore proponente, per i motivi su esposti che qui si intendono integralmente riportati e trascritti;
- approvare lo schema di Convenzione tra la Regione Puglia - Assessorato al Welfare e l'A.P.S. Forum delle Associazioni familiari di Puglia, allegato A parte integrante del presente provvedimento, per la realizzazione della Progettualità "Sostegno alle responsabilità genitoriali" secondo quanto descritto nei relativi Formulario di Progetto, cronoprogramma e Piano dei costi, agli atti del Servizio;
- autorizzare la Dirigente ad interim del Servizio Minori, Famiglia e Pari Opportunità alla sottoscrizione della Convenzione e conseguenti provvedimenti connessi alla linea di Intervento 3 della citata Intesa per le attività di sostegno in favore delle famiglie, delle responsabilità genitoriali e della natalità;
- Di notificare il presente provvedimento ai soggetti interessati;
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito web www.regione.puglia.it.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

ALLEGATO A – D.G.R. n. del

CONVENZIONE

TRA

La Regione Puglia - Assessorato al Welfare – P.IVA- rappresentata dalla dott.....
..... in qualità di Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere,

E

La A.P.S. denominata Forum delle Associazioni familiari di Puglia con sede legale in C.so A. De Gasperi n. 274/a – Bari – Codice Fiscale 93310610725 iscritta al registro regionale delle A.P.S. – Puglia al n. 45, rappresentata dalla dott.ssa Carli Maria Ludovica nata il a
Presidente e legale rappresentante dell'associazione medesima (d'ora innanzi denominata A.P.S.)

PREMESSO CHE

- con D.G.R. n. 1878 del 17 novembre 2017 è stato approvato il Programma Attuativo relativo all'Intesa Famiglia 2017 concernente l'utilizzo delle risorse stanziato sul Fondo Politiche della Famiglia anno 2017;
- Il Programma Attuativo finanzia interventi a carattere innovativo in favore delle famiglie, delle responsabilità genitoriali ed in favore della nascita;
- una linea di attività del Programma riguarda la sensibilizzazione sulla natalità e sulle responsabilità genitoriali organizzata da Associazioni familiari di secondo livello presenti in Puglia;
- con D.G.R. n. 862 del 22/05/2018 per la realizzazione di tali attività è stata allocata sul capitolo 781033 la somma di € 100.000,00;
- con D.D. n. 939 del 30 ottobre 2018 si è provveduto ad approvare l'Avviso pubblico per manifestazione di interesse a realizzare attività di sostegno alle responsabilità genitoriali rivolto ad associazioni familiari di secondo livello iscritte nel registro delle APS della regione puglia", pubblicato sul BURP n. 143 dell'8 novembre 2018 , con scadenza 7 dicembre 2018;





**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

- alla data di scadenza dell'Avviso è pervenuta alla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, nelle modalità e nei termini previsti dall'Avviso, una proposta progettuale inoltrata dall'Associazione Familiare di secondo livello APS Forum delle Associazioni Familiari di Puglia, con sede legale in Bari ed iscritta al registro regionale delle A.P.S. - Puglia al n. 45;
- con D.D. n. 1152 del 13 dicembre 2018 la Dirigente della Sezione ha preso atto delle risultanze della Commissione di valutazione, appositamente nominata con D.D. n. 1102/2018, ed ha approvato la graduatoria ammettendo a contributo l'istanza dell'APS Forum delle Associazioni Familiari di Puglia, impegnando in favore della stessa la somma di € 98.825,00;

Tanto premesso, tra le parti sopra indicate

SI CONCORDA QUANTO SEGUE

ART. 1

Oggetto

La Regione Puglia e l'A.P.S. promuovono sul territorio regionale un efficace coordinamento delle azioni/iniziative finalizzate a sostenere le responsabilità genitoriali e a sensibilizzare la cittadinanza sul tema della natalità.

La Regione Puglia e l'A.P.S. realizzano sul territorio le attività indicate nel Formulario presentato dall'A.P.S., in sede di presentazione dell'istanza, nel rispetto della tempistica indicata nel relativo cronoprogramma.

Il Formulario, con annesso cronoprogramma, è parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

ART. 2

Durata della convenzione

La presente Convenzione ha validità di 18 mesi a decorrere dalla data di sottoscrizione della stessa.



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

Art. 3**Luogo di esecuzione**

Le Attività/azioni di Sostegno alle Responsabilità genitoriali e di sensibilizzazione sulla natalità sono assicurate su tutto il territorio della Regione Puglia.

Art. 4**Risorse finanziarie e trasferimento dei fondi**

La Regione Puglia trasferisce all'APS la somma complessiva di € 98.825,00 per l'intero periodo (18 mesi) di validità della Convenzione.

La Regione provvede a trasferire all'A.P.S i fondi previsti per la realizzazione degli interventi di cui alla Convenzione, secondo le seguenti modalità:

- a) una prima tranche di € 49.412,50, pari al 50% del contributo, entro 30 giorni dalla firma della Convenzione e previa indicazione formale della data di effettivo avvio delle attività e presentazione di fidejussione bancaria o polizza assicurativa o fidejussoria d'importo pari alla somma da erogare a titolo di anticipazione;
- b) una seconda tranche di € 29.647,50, pari al 30% del contributo, entro 12 mesi dall'avvio dell'attività, a seguito di istanza corredata da relazione sull'attività svolta e da documentazione contabile comprovante le spese sostenute pari al totale dell'importo già erogato con la prima tranche e presentazione della polizza fidejussoria a copertura dell'importo della II anticipazione;
- c) il saldo di € 16.765,00, pari al residuo 20% del contributo, a conclusione del progetto, entro 30 giorni dalla fine delle attività, a seguito di istanza di liquidazione corredata da relazione finale e rendicontazione con annessa documentazione contabile comprovante le spese effettivamente sostenute per l'espletamento delle attività pari al totale dell'importo ammesso a contributo.

Le risorse devono essere utilizzate esclusivamente per le attività oggetto della presente Convenzione.

Sono ammesse a contributo le spese indicate nell'art.5 dell'Avviso Pubblico allegato alla D.D. n. 939/2018.





**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

Gli importi di cui al presente articolo includono ogni eventuale imposta, onere e spesa.

Art. 5

Tracciabilità dei flussi finanziari

L'A.P.S è obbligata alla tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i.

Tutti i movimenti contabili sono effettuati su un conto corrente dedicato, ai sensi dell'art. 3, comma 7 della Legge n. 136/2010 e s.m.i., che l'A.P.S deve comunicare alla Regione prima dell'avvio delle attività.

ART. 6

Modalità di esecuzione

L'APS si impegna a realizzare le Azioni indicate nel Formulario parte integrante della presente Convenzione.

L'APS, al fine di favorire il monitoraggio dell'intervento a cura della Regione, trasmette:

- l'indirizzo del sito web dedicato
- relazioni trimestrali sull'attività svolta
- relazione finale nella quale verranno illustrate le attività svolte, i risultati conseguiti e le spese sostenute
- report di valutazione, materiali pubblicitari e didattici adoperati nell'attività di sensibilizzazione-pubblicizzazione e formazione, nonché tutta la documentazione prodotta in relazione alle attività sviluppate (es. documentario video).

Le parti indicano rispettivamente i referenti dell'intervento che sono:

Regione Puglia- Assessorato al Welfare: _____

L'A.P.S Forum delle Associazioni familiari di Puglia: _____



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

l'A.P.S. deve individuare e comunicare alla regione, in sede di avvio, un referente dell'intero intervento.

Le parti concordano che trimestralmente verranno effettuati incontri di monitoraggio presso la competente Sezione Promozione della salute e del Benessere della Regione.

Eventuali modifiche del cronoprogramma, delle attività o altro devono essere tempestivamente comunicate alla Sezione Promozione della salute e del Benessere e dalla stessa autorizzate.

Art. 7

Impegni della Regione

La Regione Puglia si impegna a:

- collaborare con il Forum delle Associazioni per la realizzazione delle attività/azioni dettagliate nel Formulario;
- finanziare la realizzazione delle suddette attività/azioni
- condividere il monitoraggio periodico dell'andamento del progetto e la valutazione finale di processo e dei risultati;
- dare adeguata comunicazione pubblica dell'iniziativa.

ART. 8

Impegni dell'A.P.S.

l'A.P.S. si impegna a:

- realizzare le attività indicate nel Formulario
- condividere il monitoraggio periodico dell'andamento delle attività/azioni e la valutazione finale di processo e dei risultati
- dare adeguata comunicazione pubblica dell'iniziativa

Art.9

Verifiche e poteri ispettivi

La Regione si riserva il diritto di esercitare, in qualsiasi momento e con le modalità che riterrà più opportune, verifiche e controlli sull'avanzamento delle attività da realizzare in riferimento alla presente convenzione.

U1



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

l'A.P.S. si impegna a fornire la propria attività con la massima diligenza, in modo imparziale, leale, secondo la migliore etica professionale ed in particolare si obbliga a predisporre tutto il materiale e la documentazione necessari per il migliore svolgimento dell'incarico.

Il referente del l'A.P.S. parteciperà agli incontri che la Regione riterrà opportuno effettuare per verificare lo stato di realizzazione delle attività concordate relazionando sulla propria attività e consentendo alla Regione una adeguata valutazione delle attività svolte.

Art. 10

Responsabilità verso i terzi e i dipendenti

l'A.P.S. si obbliga al pieno rispetto delle vigenti norme previdenziali, assicurative e salariali nei confronti delle persone impiegate nella realizzazione delle attività di cui alla presente Convenzione.

l'A.P.S. si obbliga, in via incondizionata ed irrevocabile, a sollevare e tenere indenne la Regione da qualsiasi responsabilità e/o onere anche derivante da eventuali sentenze o decisioni o accordi giudiziali ed extragiudiziali.

La Regione non subentrerà in nessun caso nei rapporti di lavoro instaurati dall'A.P.S. per la realizzazione delle attività di cui alla presente Convenzione.

Art. 11

Risoluzione della convenzione

Nel caso in cui l'A.P.S. non rispetti i termini, le condizioni e gli obblighi assunti con la presente Convenzione, la Regione Puglia si riserva il diritto di risolvere la stessa secondo quanto previsto dall'articolo 1453 Del Codice Civile.

ART. 12

Trattamento dei dati personali

Tutti i dati personali saranno utilizzati dalla Regione Puglia per soli fini istituzionali, assicurando la protezione e la riservatezza delle informazioni nel pieno rispetto del D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Art. 13



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE



Forum delle
Associazioni
Familiari
di Puglia

Oneri, spese contrattuali

Le presente convenzione verrà registrata solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, secondo comma, del D.P.R. n. 131 del 26/04/1986 È inoltre esente da bollo ai sensi dell'art. 90 Legge 289/2002 e s.m.i..

Articolo 14**Allegati alla convenzione**

Sono parte integrante della convenzione i seguenti allegati:

- Formulario e cronoprogramma
- Garanzia fideiussoria
- Piano dei costi di Progetto

Articolo 15**Rinvio**

Per quanto non previsto nella presente convenzione si farà riferimento alla normativa generale e speciale che regola la materia.

Letto, confermato e sottoscritto in Bari, addì _____

Regione Puglia - Assessorato al Welfare
Il Dirigente della Sezione Promozione della
Salute e del Benessere
Dott.....

A.P.S.
Forum delle Associazioni familiari di Puglia
Il Presidente
Dott.ssa Maria Ludovica Carli

Il presente allegato si compone di n. 7 pagine

Il Dirigente ad interim
Sezione Promozione della Salute e del Benessere
Dott. Benedetto Giovanni Pacifico



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 877

Accordo AIFA –Regione Puglia. Iscrizione fondi a destinazione vincolata del Ministero della Salute - Agenzia Italiana del Farmaco in materia di farmacovigilanza. Variazione al bilancio di previsione E.F.2019 e pluriennale 2019-2021 ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm. e ii.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Politiche del Farmaco così come confermata dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, riferisce quanto segue.

VISTI:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come Integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 “Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- l'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 D.Lgs. 23 giugno 2011, n.118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n.126, che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del bilancio di previsione;
- la legge regionale n. 67/2018 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021 (Legge di stabilità regionale 2019)”
- la legge regionale n. 68/2018 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2019 e bilancio pluriennale 2019-2021”;
- la D.G.R. n.95 del 22/01/2019 di approvazione del Bilancio gestionale 2019;
- il comma 3 dell'art.129 del D.Lgs 219/2006 che reca *“Le regioni, singolarmente o di intesa fra loro, collaborano con l'AIFA nell'attività di farmacovigilanza, fornendo elementi di conoscenza e valutazione ad integrazione dei dati che pervengono all'AIFA ai sensi dell'articolo 131. Le regioni provvedono, nell'ambito delle proprie competenze, alla diffusione delle informazioni al personale sanitario ed alla formazione degli operatori nel campo della farmacovigilanza. Le regioni collaborano inoltre a fornire i dati sui consumi dei medicinali mediante programmi di monitoraggio sulle prescrizioni dei medicinali a livello regionale. Le regioni si possono avvalere per la loro attività anche di appositi Centri di farmacovigilanza.”*

Premesso che:

- La nuova legislazione europea sulla farmacovigilanza (Regolamento UE 1235/2010, la Direttiva 2010/84/UE, il Regolamento di Esecuzione UE 520/2012 del 19 giugno 2012) dispone che le attività di farmacovigilanza siano svolte nel rispetto dei requisiti di qualità e secondo modalità standard previste nelle linee guida europee sulle buone pratiche di farmacovigilanza e, pertanto, diviene rilevante il potenziamento qualitativo e quantitativo dei CRFV, quali parte integrante del sistema nazionale di farmacovigilanza;
- la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria per il 2007) ed in particolare l'articolo 1, comma 819, rimette in sede di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della salute, la definizione degli indirizzi per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva, attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le singole regioni per l'utilizzazione delle risorse disponibili di cui all'art. 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 confluite nel bilancio dell'Agenzia italiana del farmaco;
- il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, hanno sottoscritto l'Accordo Rep. Atti. 36/CSR del 30 marzo 2017, concernente la definizione degli indirizzi per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva per gli anni 2012-2013 e 2014, che definisce, tra l'altro, la ripartizione a livello regionale dei fondi statali stanziati per attività di Farmacovigilanza;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 317 del 13.03.2018 recante *“Revoca della DGR n. 1478/2012.*

Attività di Farmacovigilanza della Regione Puglia - Ridefinizione del modello organizzativo del Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV)” è stato ridefinito il modello organizzativo del CRFV della Regione Puglia;

- con deliberazione di Giunta Regionale n. 1250 del 11.07.2018 il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche è stato autorizzato alla sottoscrizione della convenzione tra la Regione Puglia e l'AIFA, ai fini dell'accesso alle quote del 40% destinate ai CRFV/organismi/strutture regionali stabilmente definiti e dei 30% destinate ai piani di attività regionali e ai progetti regionali (Fondi Farmacovigilanza anni 2012-2013-2014), secondo lo schema definito della stessa AIFA ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti. 36/CSR del 30 marzo 2017;
- in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni, Rep. Atti n.36/CSR del 30 marzo 2017, è stata stipulata la Convenzione, firmata digitalmente in data 01.04.2019 dalla Regione Puglia e in data 05.04.2019 dall'AIFA (repertorio n. 021922 del 15.04.2019) in materia di Farmacovigilanza ai sensi dell'articolo 1, comma 819, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'utilizzazione delle risorse di cui all'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 per gli anni 2012, 2013 e 2014, per l'accesso alla quota del 40% destinata ai CRFV/organismi/strutture regionali stabilmente definiti ed alle quote del 30% destinate rispettivamente ai piani di attività regionali e ai progetti regionali;
- l'art.3 "Finanziamento, criteri e modalità di erogazione dei fondi" della Convenzione prevede che il 40% del fondo residuo disponibile per gli anni 2012, 2013 e 2014, pari ad **€ 697.178,00**, destinato ai CRFV/organismi/strutture regionali, sia erogato all'atto della stipula della Convenzione stessa e comunque non oltre i 30 giorni dall'acquisizione dell'efficacia della stessa ai sensi dell'art. 8 "Efficacia e durata", al fine di assicurare le attività di farmacovigilanza definite nella procedura operativa per i CRFV/organismi/strutture regionali stabilmente definiti, di cui all'articolo 14 del decreto ministeriale 30 aprile 2015, comma 4;
- la Sezione Bilancio e Ragioneria con mail del giorno 19.04.2019 ha comunicato che l'AIFA ha accreditato la somma di € 697.178,00 con causale: "Fondi FV anni 2012-2013-2014 art.7 Accordo Stato Regioni".

Tenuto conto che:

- l'erogazione di tale stanziamento è da ritenersi assegnazione vincolata alle specifiche attività innanzi indicate e che dette risorse non risultano iscritte nel bilancio di previsione 2019;

Per tutto quanto sopra esposto si rende necessario apportare, ai sensi del D.Lgs 118/2011, della L.R. n. 28/01 e con riferimento alle leggi di Bilancio, la conseguente variazione in aumento dello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2019 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto importo di € 697.178,00, al pertinente capitolo a regolarizzazione del provvisorio di entrata n. 487 del 18.04.2019;

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.Lgs. n. 118/2011 e DELLA L.R. 28/01 e S.M. e I."

Si provvede, ai sensi del D.Lgs. 118/11 e s.m. e i alla seguente variazione di Bilancio di previsione esercizio 2019, Documento Tecnico di accompagnamento, Bilancio Gestionale di cui alla DGR n. 95 del 22/01/2019 per la regolarizzazione del provvisorio di entrata n. 487 del 18.04.2019:

Bilancio vincolato

CRA 61.05 - SEZIONE RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE

ENTRATA

Capitolo: E2035763

Entrata ricorrente - Codice Ue: 2 - Altre Entrate

Descrizione capitolo: "ASSEGNAZIONE STATALE A DESTINAZIONE VINCOLATA PER PROGETTI IN MATERIA DI FARMACOVIGILANZA ART. 36, COMMA 14 L. 449/97."

Piano dei Conti: E.2.1.1.1.0

STANZIAMENTO E.F. 2019: Competenza: € 697.178,00 Cassa: € 697.178,00

Debitore: AIFA

Regolarizzazione di provvisorio di entrata n. 487/2019

SPESA

Capitolo: U0751085

Spesa ricorrente - Codice Ue: 8 - Spese non correlate ai finanziamenti UE

Descrizione capitolo: "SPESA PER PROGETTI IN MATERIA DI FARMACOVIGILANZA ART. 31, COMMA 14 L 449/97."

Missione 13 - Tutela della salute

Programma 01 - Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA

Piano dei Conti: U.1.4.1.2.0

STANZIAMENTO E.F. 2019: Competenza: € 697.178,00 Cassa: € 697.178,00

Inoltre, si allega, al presente provvedimento, il "prospetto E/1", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riportante i dati d'interesse del Tesoriere relativi alla variazione del bilancio, secondo lo schema di cui all'art.10 comma 4 del D.Lgs n.118/2011

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti garantendo il pareggio di bilancio in aderenza alle disposizioni di cui alla Legge n. 145/2018, commi da 819 a 843.

Per effetto di quanto sopra, si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2019 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n.7/1997.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente proponente;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

1. di approvare quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;
2. di apportare la variazione in aumento in termini di competenza e di cassa del bilancio di previsione dell'esercizio finanziario 2019 e pluriennale 2019-2021 e al Bilancio gestionale approvato con DGR. n. 95 del 22/01/2019, ai sensi dell'art 51, comma 2 del D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm. e ii., secondo quanto previsto nella sezione della copertura finanziaria;
3. di approvare l'allegato E/1 nella parte relativa alla variazione di bilancio, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di incaricare, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione, il Servizio Bilancio della Sezione Bilancio e Ragioneria, di trasmettere al Tesoriere regionale il "prospetto E/1", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, di cui all'art.10 comma 4 del D.Lgs n.118/2011;
5. di demandare al Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche di provvedere con propri atti agli ulteriori adempimenti derivanti dal presente provvedimento;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: / / n. protocollo

Rif. delibera del Organo ... del n.

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2019
			in aumento	in diminuzione	
MISSIONE	13 Tutela della salute				
Programma	1 Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario				
TITOLO	1 Spese Correnti				
		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
Totale Programma	1	residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE MISSIONE	13	residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE GENERALE DELLE USCITE		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2019	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2019
			in aumento	in diminuzione	
TITOLO	2 Trasferimenti correnti				
Tipologia	101 trasferimenti da amministrazioni centrali				
		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE TITOLO	2	residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE		residui presunti	697.178,00		697.178,00
		previsione di competenza	697.178,00		697.178,00
		previsione di cassa			

Responsabile del
TIMBRO FIRMA DELL'ENTE
 Il Dirigente della Sezione S.R.S.T.
 (Ing. Vito Bavaro)

Il presente allegato si compone di n. 1 pagine.
 Il Dirigente della Sezione Risorse Strutturali e Tecnologiche



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 878

Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del SSR per l'anno 2019 ai sensi dall'art. 9 ter del D.L. n.78/2015.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente del Servizio Politiche del Farmaco, così come confermata dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, riferisce quanto segue.

Premesso che:

- l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevede una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN;
- la Legge 28 dicembre 2015 n. 208 (legge di stabilità 2016) evidenzia, tra l'altro, l'esigenza di individuare percorsi volti a garantire scelte appropriate sull'utilizzo dei dispositivi medici (DM) anche al fine di razionalizzare la spesa degli stessi.
- tra i beni acquistati dal SSN, circa un terzo è costituito dai dispositivi medici, la cui rilevanza è richiamata esplicitamente nel Patto per la Salute 2014/2016; l'articolo 26, infatti, stabilisce la necessità di creare un modello Istituzionale di Health Technology Assessment (HTA) dei DM, partendo dall'analisi di costo-efficacia, con l'intento di migliorare la capacità del SSN nella selezione dei DM anche in considerazione dell'impatto economico che gli stessi generano;
- il tetto di spesa sui dispositivi medici, fissato dalle Amministrazioni centrali dello stato, originariamente al 5,2% (legge n. 111/2011 art. 17) è stato successivamente oggetto di ripetute revisioni al ribasso: dapprima con la legge n. 135/2012 che lo ha portato al 4,9% per il 2013 e al 4,8% per il 2014; successivamente, con la legge di stabilità del 2013 che lo ha ulteriormente ridotto al 4,8% per il 2013 e al 4,4% a decorrere dal 2014 e fino a tutt'oggi. La normativa statale su richiamata, inoltre, specifica che l'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo;
- la legge n. 125/2015, all'art. 9 ter "Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci" reca: *"Al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici fissato, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell'offerta, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso"*;
- la stessa legge n. 125/2015, al comma 3, reca inoltre: *"Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, e nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, il Ministero della salute mette a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29 luglio 2010"*;
- il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato in G.U. (Supplemento ordinario n. 15) il 18 marzo 2017, in attuazione della legge di stabilità 2016 (art.1 commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208) ha ridefinito i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), delegando alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti alla Prevenzione collettiva e la sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini, nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica;

- tale normativa è volta ad assicurare che le Regioni adottino adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza, in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale, con conseguente scoperta di altri livelli;
- la legge n. 145/2018 (legge di Bilancio 2019), infine, ha sostituito il comma 8 dell'art.9 ter della Legge n.125/2015 con il comma 557 che reca: *"Il superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale di cui al comma 1, lettera b), per l'acquisto di dispositivi medici, rilevato sulla base del fatturato di ciascuna azienda al lordo dell'IVA è dichiarato con decreto del Ministro della salute...omissis..., sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, relativi all'anno solare di riferimento. Nell'esecuzione dei contratti, anche in essere, è fatto obbligo di indicare nella fatturazione elettronica in modo separato il costo del bene e il costo del servizio"* prevedendo tale misura per garantire, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, il contenimento della spesa pubblica;
- con nota prot. n. AOO_081/1072 del 28/02/2019, sono state trasmesse dal Dipartimento per la promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti indicazioni operative alle Aziende pubbliche del SSR per l'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 9-ter, co.8, del D.L n. 78/2015, come modificato dall'art.1, co. 557 della L. n. 145/2018, in merito alla fatturazione elettronica dei dispositivi medici ai fini della verifica del tetto di spesa, come definito dalla citata normativa statale.

Rilevato che:

- ai fini del rispetto del suddetto tetto di spesa concorrono sia la corretta individuazione - da parte degli operatori sanitari coinvolti - delle specifiche tecniche che determinano la scelta e l'acquisto delle varie categorie di dispositivi medici, sia la riduzione del costo di acquisto dei dispositivi medici rivenienti dalla definizione delle procedure di gara centralizzate da parte del Soggetto Aggregatore regionale (SAR) per le categorie merceologiche ricomprese nella programmazione annuale dello stesso SAR o di CONSIP SpA;
- con D.G.R. n. 2256/2015 e successive D.G.R. n. 73/2016 e D.G.R. n. 1584/2016, la Giunta Regionale ha emanato disposizioni per la definizione delle modalità di acquisto delle categorie merceologiche per le quali, ai sensi di quanto disposto dal DPCM 24/12/2015 (in attuazione dell'art. 9, comma 3, D.L. 24 aprile 2014, n. 66 convertito con legge 23 giugno 2014, n. 89), *"l'ANAC non rilascia il codice identificativo di gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip S.p.A. o ad altro soggetto aggregatore"*, individuando, tra l'altro, le Aziende pubbliche del SSR con ruolo di capofila a supporto di InnovaPuglia S.p.A. in qualità Soggetto Aggregatore Regionale (SAR Puglia);
- con successive DGR n. 2260/2017 la Giunta regionale ha provveduto a prendere atto delle procedure di gara attivate dal SAR Puglia nel corso del 2017 ed a approvare le procedure di gara per l'anno 2018;
- infine con successiva DGR n. 2635/2018 la Giunta Regionale ha approvato, anche alla luce del DPCM 11/07/2018, di integrazione e modifica del DPCM 24/12/2015 il Piano delle attività negoziali del Servizio Sanitario Regionale di cui agli elenchi allegati sub lettera A) e B) dello stesso provvedimento definendo sia le categorie merceologiche per le quali è a cura del SAR Puglia addivenire alla stipula di convenzioni ed accordi quadro sia le gare da svolgersi in unione temporanea di acquisto tra le Aziende del SSR;
- tra le suddette categorie merceologiche, sono ricompresi anche dispositivi medici riconducibili a categorie CND ad elevato impatto sulla spesa regionale, rispetto ai quali la definizione in tempi brevi delle procedure centralizzate di appalto risulta indispensabile ai fini della riduzione del costo di acquisto degli stessi e della riconduzione della spesa regionale per i DM entro il tetto di spesa del 4,4% stabilito dalla citata normativa statale;
- le procedure di appalto relative a tali categorie di dispositivi medici, tuttavia, nella maggior parte dei casi, non risultano essere state ancora concluse da parte del SAR Puglia e che, pertanto, non è stato ancora possibile addivenire ai risparmi attesi dalla definizione delle stesse;
- in particolare, come è possibile rilevare dal portale <https://www.acquistinretepa.it>, dove i Soggetti

Aggregatori sono tenuti a pubblicare lo stato delle proprie iniziative, non sono ancora aggiudicate le gare centralizzate promosse da InnovaPuglia S.p.A. relative a:

- a) stent intracranici e vascolari (stima attivazione: settembre 2019);
- b) stent coronarici (stima attivazione: maggio 2019);
- c) aghi e siringhe (stima attivazione: luglio 2019);
- d) ausili per incontinenza ospedalieri e territoriali (stima attivazione: maggio 2019);
- e) defibrillatori (stima attivazione: giugno 2019);
- f) medicazioni generali (stima attivazione: giugno 2019);
- g) pace-maker (stima attivazione: giugno 2019);

- ai fini del contenimento della spesa relativa ai dispositivi medici, con Determina Dirigenziale n. 7 del 14.06.2018 del Direttore del Dipartimento della Promozione della salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, relativamente all'anno 2018, partendo dalla definizione del tetto di spesa regionale del 4,4% del FSR per l'acquisto di DM, pari ad euro 326.011.662,15, sono stati assegnati i tetti di spesa per l'acquisto di DM ad ogni singola Azienda pubblica del SSR, demandando ai Direttori Generali delle stesse l'adozione di piani aziendali con l'individuazione di obiettivi specifici finalizzati a garantire sia la riduzione dei costi di acquisto dei DM (anche mediante la rinegoziazione dei contratti in essere con i fornitori ovvero l'avvio di gare ponte nelle more della definizione delle gare centralizzate da parte del Soggetto Aggregatore regionale) che l'utilizzo appropriato degli stessi da parte dei medici prescrittori;
- nel corso del 2018 la Giunta Regionale, partendo dalla D.G.R. n. 1251/2018, ha individuato altresì le categorie di dispositivi medici a maggiore impatto sulla spesa regionale, rispetto alle quali è stato dato mandato ai Direttori Generali delle Aziende del SSR di incrementare le azioni di verifica e di monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva con la individuazione di obiettivi strategici da definirsi nell'ambito di piani aziendali finalizzati al contenimento della spesa per i dispositivi medici;
- nel corso del 2018, inoltre, sono state adottate dalla Giunta Regionale ulteriori misure volte al contenimento della spesa per l'acquisto diretto di dispositivi medici da parte delle Aziende pubbliche del SSR che hanno riguardato:
 - i dispositivi medici riferibili alla macrocategoria CND A “Dispositivi di Somministrazione, prelievo e raccolta”, rispetto ai quali è stata emanata dalla Giunta Regionale la DGR N. 2413/2018;
 - i dispositivi medici riferibili alla macrocategoria CND P “Dispositivi Protesici Impiantabili e Prodotti per Osteosintesi”, rispetto ai quali è stata emanata dalla Giunta Regionale la DGR N. 2271/2018;

Considerato che:

- nonostante l'adozione dei citati provvedimenti regionali, la spesa per dispositivi medici effettuata, come rilevata dal modello di conto economico regionale (CE) riferito al bilancio di esercizio 2018 (macro voce BA0210 - B.1.A.3), è risultata pari ad euro 470.470.000, notevolmente superiore al tetto di spesa stabilito per l'anno 2018, ed in crescita del 2,3% rispetto al 2017;
- tale scostamento della spesa regionale dal tetto stabilito risulta verosimilmente riconducibile sia ai ritardi registrati sulla definizione delle procedure centralizzate di appalto sui dispositivi medici da parte del SAR Puglia e che dal mancato recepimento delle direttive regionali in materia di contenimento della spesa per i dispositivi medici da parte delle Direzioni Generali delle Aziende pubbliche del SSR.

Ritenuto pertanto necessario:

- stabilire, anche per l'anno 2019, valori di riferimento aziendali per le Aziende del SSR relativamente alla spesa per i dispositivi medici (macro voce BA0210 - B.1.A.3), al fine di garantire il rispetto del tetto di spesa calcolato al 4,4 % del Fondo sanitario regionale;

- nelle more del riparto definitivo del fondo sanitario nazionale alle Regioni per l'anno 2019, al fine di determinare, seppur provvisoriamente, il tetto di spesa 2019 per l'acquisto dei Dispositivi medici, prendere come riferimento il valore del fondo sanitario regionale per l'anno 2018 indicato nei rapporti di monitoraggio dell'AIFA per il calcolo del tetto della spesa farmaceutica, in base al quale il tetto di spesa del 4,4% per l'acquisto diretto di dispositivi medici per il 2019 è fissato in **329.351.258,88** euro;
- differenziare, ai fini di una più corretta ripartizione dei tetti di spesa aziendali da assegnare agli enti pubblici del Servizio sanitario regionale, le attività di tipo Ospedaliero da quelle di tipo Territoriale cui sono riconducibili gli usi dei dispositivi medici e, nello specifico:
 - a) ripartire la quota parte del tetto di spesa dei dispositivi medici il cui utilizzo è riconducibile ad attività di tipo Territoriale sulla base della quota capitaria di ogni Azienda Sanitaria Locale;
 - b) ripartire la quota parte del tetto di spesa dei dispositivi medici il cui utilizzo è riconducibile ad attività di tipo Ospedaliero sulla base della spesa storica rilevata dai flussi aziendali 2018 di cui al DM 11/06/2010, opportunamente normalizzati a seconda delle percentuali di copertura del flusso rilevate nel 2018 rispetto al Modello CE;
- effettuare la ripartizione della quota parte del tetto di spesa aziendale riferibile alla categoria merceologica dei dispositivi medici diagnostici in vitro (IDV), tenuto conto della scarsa copertura nei flussi di cui al DM 11/06/2010, dei dati di spesa relativi agli stessi, sulla base della spesa storica degli stessi rilevata dal Modello CE ed in virtù dell'incidenza della spesa rilevata a livello aziendale per tale categoria merceologica sul totale della spesa rilevata per i dispositivi medici;
- incrementare le azioni di monitoraggio sul rispetto delle disposizioni emanate dalla Giunta Regionale nel corso del 2018 per il contenimento della spesa per l'acquisto diretto di dispositivi medici da parte delle Aziende pubbliche del SSR.
- accelerare la conclusione delle procedure di appalto centralizzate relative alle classi CND dei dispositivi medici ricompresi tra le categorie merceologiche di cui al DPCM 24/12/2015 e al successivo DPCM 11/7/2018, da parte del SAR Puglia;;

Per tutto quanto sopra esposto si propone alla Giunta Regionale:

- di attribuire, nelle more del riparto definitivo del fondo sanitario nazionale per l'anno 2019, i tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici (macro voce del Conto Economico BA0210) alle Aziende pubbliche del SSR come da prospetto allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, finalizzati al rispetto del tetto di spesa del 4,4% sul fondo sanitario regionale, previsto dall'art. 9 ter del d.l. n.78/2015 convertito con modificazioni in l.n. 125/2015;
- di dare atto che i tetti di cui all'Allegato A potranno essere oggetto di successivo aggiustamento nel corso del 2019 a fronte della determinazione definitiva del fondo sanitario regionali;
- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed IRCCS pubblici di potenziare tutte le azioni finalizzate ad un utilizzo appropriato dei dispositivi medici ed alla razionalizzazione della spesa relativa entro i tetti stabiliti, con particolare riferimento alle categorie CND a maggiore impatto sulla spesa;
- di dare mandato al Consiglio di Amministrazione e al Direttore Generale di Innovapuglia s.p.a. di adottare entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento adeguate disposizioni operative ed organizzative volte a concludere con urgenza le procedure di appalto in corso;
- dare mandato al Consiglio di Amministrazione ed al Direttore Generale di InnovaPuglia S.p.A., per quanto di rispettiva competenza, di stabilire una fattiva collaborazione con altri Soggetti Aggregatori regionali al fine di aderire alle procedure di gara d'appalto centralizzate sui dispositivi medici avviate dagli stessi qualora precedenti a quanto previsto dalla pianificazione di InnovaPuglia S.p.A.;

- di dare mandato ai Direttori Generali a relazionare alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche - Servizio Politiche del Farmaco congiuntamente alla trasmissione del conto economico (CE) del II, III e IV trimestre 2019 sulle azioni intraprese e sui risparmi conseguiti rispetto al 2019 che devono evincersi dalle relative voci di spesa dello stesso CE.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.Lgs. n. 118/2011 e DELLA L.R. 28/01 E S.M.E.I.”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. k) della Legge regionale n.7/1997.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

1. di **attribuire**, nelle more del riparto definitivo del fondo sanitario nazionale per l'anno 2019, i tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici (macro voce del Conto Economico BA0210) alle Aziende pubbliche del SSR come da prospetto allegato “A”, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, finalizzati al rispetto del tetto di spesa del 4,4% sul fondo sanitario regionale, previsto dall'art. 9 ter del d.l. n.78/2015 convertito con modificazioni in l.n. 125/2015;
2. di **dare atto** che i tetti di cui all'Allegato A potranno essere oggetto di successivo aggiustamento nel corso del 2019 a fronte della determinazione definitiva del fondo sanitario regionali;
3. di **dare mandato** ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed IRCCS pubblici di potenziare tutte le azioni finalizzate ad un utilizzo appropriato dei dispositivi medici ed alla razionalizzazione della spesa relativa entro i tetti stabiliti, con particolare riferimento alle categorie CND a maggiore impatto sulla spesa;
4. di **dare mandato** al Consiglio di Amministrazione e al Direttore Generale di Innovapuglia s.p.a. di adottare entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento adeguate disposizioni operative ed organizzative volte a concludere con urgenza le procedure di appalto in corso;
5. dare **mandato** al Consiglio di Amministrazione ed al Direttore Generale di InnovaPuglia S.p.A., per quanto di rispettiva competenza, di stabilire una fattiva collaborazione con altri Soggetti Aggregatori regionali al fine di aderire alle procedure di gara d'appalto centralizzate sui dispositivi medici avviate dagli stessi qualora precedenti a quanto previsto dalla pianificazione di InnovaPuglia S.p.A.;
6. di **dare mandato** ai Direttori Generali a relazionare alla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche - Servizio Politiche del Farmaco congiuntamente alla trasmissione del conto economico (CE) del II, III e IV trimestre 2019 sulle azioni intraprese e sui risparmi conseguiti rispetto al 2019 che devono evincersi dalle relative voci di spesa dello stesso CE;
7. di **dare atto** che, come previsto dalla DGR n. 594 del 29/3/2019, è obiettivo delle Aziende pubbliche del SSR il raggiungimento del 90% di copertura del flusso dei dispositivi medici di cui al DM 11/06/2010 in termini di valore economico dei consumi rilevati rispetto al modello CE, valore necessario per una analisi puntuale delle categorie e tipologie di dispositivi a maggiore incidenza di spesa.;

8. di **dare mandato** al Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche di provvedere agli adempimenti conseguenti dall'adozione del presente provvedimento, ivi inclusa la notifica alle Aziende pubbliche del SSR ed al Soggetto Aggregatore regionale Innovapuglia s.p.a.;
9. di **disporre** la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato A

TETTI DI SPESA ANNO 2019 PER SINGOLA AZIENDA PUBBLICA SSR PER ACQUISTO DISPOSITIVI MEDICI

FONDO SANITARIO REGIONALE 2019 (Stima)	7.485.255.883,64
TETTO DI SPESA DISPOSITIVI MEDICI 2019 (4,4% DEL FSR)	329.351.258,88
QUOTA PARTE DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD) CATEGORIA CND W	89.550.607,29

AZIENDA SANITARIA	BA0240 - CE 2018 VALORE ECONOMICO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	X	TETTO DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)
ASL BR	10.431.000	8,15%	7.302.181,70
ASL TA	18.610.000	14,55%	13.027.859,39
ASL BT	9.263.000	7,24%	6.484.527,76
ASL BA	23.338.000	18,24%	16.337.677,73
ASL FG	7.202.000	5,63%	5.041.732,58
ASL LE	26.400.000	20,64%	18.481.219,13
ONCOLOGICO	2.510.000	1,96%	1.757.115,91
IRCCS DE BELLIS	1.814.000	1,42%	1.269.883,77
POLICLINICO	15.285.000	11,95%	10.700.205,85
OO.RR.FG	13.068.000	10,22%	9.148.203,47
TOTALE	127.921.000,00	100,00%	89.550.607,29
			A

X = QUOTA PARTE CONSUMO DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)



A-1 di 3

Allegato A

AZIENDA SANITARIA	CONSUMI DA FLUSSI 2018 TRASMESSI A NISIS					
	OSPEDALIERI	CATEGORIA W	OSPEDALIERI AL NETTO DI W	TERRITORIALI	TOTALE	TOTALE RIPORTATO A 100
ASL BR	28.909.971,42	195.288,01	28.714.683,41	-	28.714.683,41	39.793.075,68
ASL TA	33.509.611,22	2.568,27	33.507.042,95	3.493.026,29	37.000.069,25	45.449.047,11
ASL BT	19.588.197,36	357.873,59	19.230.323,77	3.546.096,78	22.776.420,55	23.819.724,48
ASL BA	45.551.123,75	2.055.334,60	43.495.789,15	11.996.025,66	55.491.814,81	64.137.557,57
ASL FG	8.901.102,39	22.766,34	8.878.336,05	7.161.830,36	16.040.166,41	21.446.939,97
ASL LE	55.159.434,16	7.180.970,62	47.978.463,54	7.126.155,37	55.104.618,92	66.866.422,66
ONCOLOGICO	5.006.903,20	133.805,79	4.873.097,41	-	4.873.097,41	5.571.801,29
IRCCS DE BELLIS	2.850.308,56	4.060,36	2.846.248,21	-	2.846.248,21	2.957.140,99
POLICLINICO	53.404.847,08	1.476.527,99	51.928.319,08	-	51.928.319,08	50.401.163,82
OO.RR.FG	28.218.243,46	64.992,18	28.153.251,28	-	28.153.251,28	22.110.462,01
TOTALE	281.099.742,60	11.494.187,75	269.605.554,85	33.323.134,47	302.928.689,32	342.553.335,59

TETTO DI SPESA DISPOSITIVI MEDICI 2019 (AL NETTO DEGLI IVD) **239.800.651,59**

QUOTA PARTE OSPEDALIERA **211.737.955,56** **88,30%**

QUOTA PARTE TERRITORIALE **28.062.696,03** **11,70%**

AZIENDA SANITARIA	CALCOLO TETTI OSPEDALIERA E TERRITORIALE SULLA BASE DEI CONSUMI 2018 (AL NETTO DI W) RIPORTATI A 100					
	OSPEDALIERI RIPORTATI A 100	TERRITORIALI RIPORTATI A 100	TOTALE RIPORTATO A 100	Y	Z	TETTO TERRITORIALE
ASL BR	39.793.075,68	-	39.793.075,68	13,16%	9,84%	2.760.984,90
ASL TA	41.158.387,12	4.290.659,99	45.449.047,11	13,61%	14,47%	4.061.258,29
ASL BT	20.111.194,07	3.708.530,41	23.819.724,48	6,65%	9,01%	2.529.736,48
ASL BA	50.272.525,60	13.865.031,97	64.137.557,57	16,62%	31,06%	8.717.175,64
ASL FG	11.871.020,25	9.575.919,72	21.446.939,97	3,92%	14,97%	4.200.546,20
ASL LE	58.219.225,26	8.647.197,40	66.866.422,66	19,25%	20,64%	5.792.994,51
ONCOLOGICO	5.571.801,29	-	5.571.801,29	1,84%	-	-
IRCCS DE BELLIS	2.957.140,99	-	2.957.140,99	0,98%	-	-
POLICLINICO	50.401.163,82	-	50.401.163,82	16,66%	-	-
OO.RR.FG	22.110.462,01	-	22.110.462,01	7,31%	-	-
TOTALE	302.465.996,10	40.087.339,49	342.553.335,59	100,00%	100,00%	28.062.696,03

Y = QUOTA PARTE CONSUMO OSPEDALIERO SU TOTALE CONSUMI OSPEDALIERI

Z = QUOTA PARTE TERRITORIALE SU TOTALE TERRITORIALE (SOLO ASL) UTILIZZANDO QUOTE CAPITALI

A-2 di 3



Allegato A

TETTO DI SPESA DISPOSITIVI MEDICI 2019 (4,4% DEL FSR)					% TETTO SU MODELLO CE 2018
AZIENDA SANITARIA	IVD	OSPEDALIERO	TERRITORIALE	TETTO 2019	
ASL BR	7.302.182	27.856.700	2.760.985	37.919.867	75,50%
ASL TA	13.027.859	28.812.471	4.061.258	45.901.589	71,65%
ASL BT	6.484.528	14.078.618	2.529.736	23.092.882	69,80%
ASL BA	16.337.678	35.192.722	8.717.176	60.247.576	68,88%
ASL FG	5.041.733	8.310.176	4.200.546	17.552.454	61,27%
ASL LE	18.481.219	40.755.721	5.792.995	65.029.935	69,73%
ONCOLOGICO	1.757.116	3.900.478	0	5.657.593	70,00%
IRCCS DE	1.269.884	2.070.114	0	3.339.997	70,01%
POLICLINICO	10.700.206	35.282.774	0	45.982.980	70,01%
OO.RR.FG	9.148.203	15.478.183	0	24.626.386	70,01%
TOTALE	89.550.607	211.737.956	28.062.696	329.351.259	70,00%
	A	B	C	A+B+C	

TIPOLOGIA DI DESTINAZIONE DI UTILIZZO E STRUTTURA UTILIZZATRICE PRESENTI NEL FLUSSO DISPOSITIVI ED UTILIZZATI PER LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA

CODICE TIPOLOGIA DESTINAZIONE DI UTILIZZO

I = CONSUMO INTERNO
D = DISTRIBUZIONE DIRETTA
P = DISTRIBUZIONE PER CONTO

CODICE TIPOLOGIA STRUTTURA UTILIZZATRICE

00 = NON DISPONIBILE
01 = STRUTTURA DI RICOVERO
02 = ALTRA STRUTTURA SANITARIA (AMBULATORIO, LABORATORIO, SERT, RSA, CSM, STRUTTURA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE O ALTRO TIPO DI STRUTTURA)
03 = ISTITUTO O CENTRO DI RIABILITAZIONE
04 = FARMACIA TERRITORIALE CONVENZIONATA
05 = ISTITUTO PENITENZIARIO
06 = ASL O STRUTTURA EQUIPARATA

Il presente allegato si compone di n. 3 (tre) pagine
Il Dirigente della Sezione Risorse Strutturali e Tecnologiche
Vito Bavaro



A-3 di 3

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 879

POR Puglia 2014-2020. Az. 9.12 FESR “Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica”. DGR n. 275/2019. Riparto delle risorse finanziarie per la ammissione a finanziamento degli interventi.

Il Presidente della Giunta sulla base dell'istruttoria svolta dalla responsabile di sub-azione 9.12b del POR Puglia 2014/2020 e dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, così come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, riferisce quanto segue.

Visti:

- il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, che abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- il Regolamento (UE) n. 1301/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo Europeo di Sviluppo Regionale e a disposizioni specifiche concernenti l'obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione”, che abroga il Regolamento (CE) n. 1080/2006 del Consiglio;
- il Regolamento delegato (UE) n. 240/2014 della Commissione del 7 gennaio 2014 recante un codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e d'investimento europei (SIE), che definisce i principi essenziali e le buone prassi svolte a garantire l'efficace organizzazione del partenariato e della governance a più livelli, basato sulla stretta collaborazione tra autorità pubbliche, parti economiche e sociali e pertinenti organismi della società civile, in attuazione dell'art. 5 del Regolamento (UE) n. 1303/2013;
- il Regolamento di esecuzione (UE) n. 821/2014 della Commissione del 28 luglio 2014 recante modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le caratteristiche tecniche delle misure di informazione e comunicazione per le operazioni;
- l'Accordo di Partenariato Italia 2014-2020, che definisce la strategia e le priorità di investimento per l'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei (SIE) 2014-2020, approvato dalla Commissione Europea in data 29 ottobre 2014 con propria Decisione di esecuzione C (2014) 8021, che ne approva determinati elementi, così come previsto dal Regolamento (UE) 1303/2013;
- il Programma Operativo FESR FSE 2014-2020 della Regione Puglia (di seguito P.O.R. Puglia 2014-2020) approvato da ultimo con Decisione di esecuzione Decisione di esecuzione C(2017) 6239 del 14 settembre 2017 che modifica la precedente Decisione C(2015) 5854, così come modificata dalla Decisione C(2017) 2351;
- la Deliberazione n. 1735 del 6 ottobre 2015 con cui la Giunta regionale ha preso atto della Decisione di esecuzione C(2015) 5854 della Commissione Europea del 13 agosto 2015 ed ha approvato il POR Puglia 2014-2020 nella versione definitiva generata dalla piattaforma informatica della Commissione SEC 2014;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 1482 del 28/09/2017 di approvazione del Programma Operativo FESR FSE 2014-2020 e di presa d'atto della Decisione di esecuzione C(2017) 6239 della Commissione Europea del 14 settembre 2017;
- le Deliberazioni n. 582 del 26 aprile 2016 e 977 del 20 giugno 2017 con cui la Giunta Regionale ha preso atto del documento “*Metodologia e criteri per la selezione delle operazioni del Programma Operativo FESR-FSE 2014-2020*” approvato, ai sensi dell'art. 110 (2) lett. a) del Reg. (UE) n. 1303/2013, dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020;
- la Deliberazione n. 833 del 07/06/2016 (pubblicata sul BURP n. 71 del 21/06/2016) con la quale la Giunta Regionale ha definito il sistema di responsabilità delle Azioni del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020,

nominando responsabile dell'Azione 9.12 il dirigente *pro tempore* della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche,

Premesso che:

- il P.O.R. Puglia 2014-2020, in coerenza con gli obiettivi tematici del Regolamento (UE) n. 1303/2013 e dell'Accordo nazionale di Partenariato, si declina in 13 Assi prioritari, tra cui l'Asse IX "Promuovere l'inclusione sociale, la lotta alla povertà e ogni forma di discriminazione", che si declina, a sua volta, in priorità di investimento;
- una delle i priorità d'investimento è la 9.a) "Investimento in infrastrutture sanitarie e sociali per lo sviluppo, la riduzione delle disparità nelle condizioni sanitarie e la maggiore accessibilità ai servizi (FESR - art.5 punto 9) Reg. CE n. 1301/2013)";
- la priorità d'investimento 9.a) viene perseguita attraverso l'Azione 9.12 "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica";
- con Determinazione Dirigenziale n. 386 del 15.10.2018 sono state apportate modifiche ed integrazioni del Documento descrittivo del Sistema di Gestione e Controllo del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020 (Si.Ge.Co.) redatto ai sensi degli articoli 72, 73 e 74 del Regolamento (UE) n.1303/2013";

Tenuto conto che

- con DGR 275 del 15/02/2019 si è autorizzato il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, in qualità di responsabile della azione 9.12 del POR Puglia 2014/2020, all'attivazione di due nuove procedure negoziali, destinate, la prima, alle sei Aziende Sanitarie Locali della Regione (ASL BA, BT, BR, LE, TA e FG) e, la seconda, alle Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici della Regione Puglia (AOU Policlinico-Giovanni XIII Bari, AOU OO RR Foggia, IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II, IRCCS De Bellis), per la selezione degli ulteriori interventi a valere sulle risorse residue della azione 9.12 sulla base di precisi indirizzi.
- con la suddetta DGR si è stabilito di assegnare le seguenti risorse per le due procedure negoziali:
 - a) 134,5 milioni di euro in favore delle Aziende Sanitarie Locali
 - b) 20 milioni di euro in favore delle AOU e degli IRCCS;
- alle procedure negoziali di cui sopra si applica la Procedura Operativa Standard C.1f, in vigore dal 15.10.2018, per la selezione delle operazioni per la realizzazione delle OO.PP. e l'acquisizione di beni e servizi mediante procedura negoziale (a regia regionale);

Considerato che:

- al fine di promuovere uno sviluppo territoriale equilibrato ed inclusivo che miri al conseguimento degli obiettivi di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al DPCM 12/12/2017, si rende necessario ripartire le risorse della dotazione finanziaria delle suddette procedure negoziali con le Aziende Sanitarie Locali e con le AOU e gli IRCCS della Regione secondo i criteri riportati e descritti in allegato "A", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Per tutto quanto sopra esposto si propone alle valutazioni della Giunta regionale di approvare il riparto delle risorse finanziarie definite con la DGR n. 275/2019, come indicato in allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi della l.r. n. 7/1997 art. 4 comma 4 lett. k).

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di **approvare** la relazione esposta in narrativa che qui si intende integralmente riportata;
2. di **approvare** il riparto tra le sei ASL pugliesi nonché tra le due AOU e i due IRCCS pubblici presenti sul territorio pugliese, così come riportato e descritto nell'allegato "A", parte integrante del presente provvedimento, delle risorse finanziarie complessive stabilite con DGR 275/2019 per l'avvio di procedure negoziali per l'ammissione a finanziamento di interventi a valere sull'azione 9.12 del POR Puglia FESR/FSE 2014/2020;
3. di **pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato A

Riparto delle risorse destinate dalla DGR n. 275/2019 per procedure negoziali a valere sulle risorse dell'azione 9.12 del POR Puglia 2014/2020

Aziende Sanitarie Locali

Al fine di promuovere uno sviluppo territoriale equilibrato, che miri al conseguimento da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie degli standard strutturali e funzionali previsti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento nonché al raggiungimento di adeguati livelli di erogazione delle prestazioni sanitarie, le risorse di cui alla DGR n. 275/2019, sono distribuite secondo i criteri che seguono:

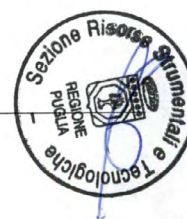
- Distribuzione uniforme: assegnazione di una prima quota di finanziamento (in misura di un peso percentuale del 55%) in egual misura per ciascuna delle sei Aziende Sanitarie Locali della Regione Puglia per l'attivazione dei programmi di investimento per il potenziamento e la riqualificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali pubbliche e per l'ammodernamento tecnologico delle stesse
- Popolazione della ASL: assegnazione di una seconda quota (in misura di un peso percentuale del 35%) in misura proporzionale al rapporto del numero di assistiti di ciascuna ASL rispetto al totale degli assistiti della Puglia al fine di tenere in considerazione la popolazione beneficiaria degli interventi (per il calcolo della incidenza degli assistiti si è fatto riferimento alla popolazione pesata per sesso ed età come riportata nel sistema informativo sanitario regionale Edotto-Direzionale).
- Superficie del territorio della ASL: assegnazione di una terza quota (in misura di un peso percentuale del 10%) in misura proporzionale al rapporto tra la superficie del territorio di competenza di ciascuna ASL e la superficie totale della Regione Puglia, al fine di considerare l'estensione territoriale di una ASL e la distanza tra i diversi nodi delle reti.

I valori dei suddetti tre criteri per ogni ASL della Regione Puglia sono riportati nella tabella 1 che segue.

Criteri	Distribuzione uniforme delle risorse	Popolazione pesata di ciascuna ASL, rispetto alla popolazione pugliese	Superficie di ciascuna ASL rispetto alla superficie della Puglia
	(A)	(B)	(C)
PESO	PA=0,5500	PB=0,3500	PC=0,1000
ASL BA	0,1667	0,3106	0,1977
ASL BR	0,1667	0,0976	0,0952
ASL BT	0,1667	0,0966	0,0790
ASL FG	0,1667	0,1545	0,3586
ASL LE	0,1667	0,1973	0,1432
ASL TA	0,1667	0,1434	0,1263
TOT	1,0000	1,0000	1,0000

TAB-1. Pesi e Criteri per ASL

La ripartizione delle risorse rispetto alla somma complessivamente a disposizione (FIN), pari a 134,5 milioni di euro come stabilito dalla DGR n. 275/2019, è data dalla seguente formula:



$$\text{FIN_ASL_XX} = \text{FIN} * (\text{PA} * \text{IA_XX} + \text{PB} * \text{IB_AA} + \text{PC} * \text{IC_XX})$$

dove

- FIN_ASL_XX è il finanziamento a disposizione della ASL XX
- IA_XX, IB_XX, IC_XX sono i valori per la ASL_XX riportati in tabella 1 per i tre criteri stabiliti
- PA, PB e PC sono i pesi per i tre criteri stabiliti

Distribuzione risorse (importi arrotondati)		
ASL BA	€	29.500.000,00
ASL BR	€	18.500.000,00
ASL BT	€	17.500.000,00
ASL FG	€	24.500.000,00
ASL LE	€	24.000.000,00
ASL TA	€	20.500.000,00
Totale	€	134.500.000,00

TAB-2. Distribuzione delle risorse tra le 6 ASL della Puglia

=====



Aziende Ospedaliero-Universitarie e IRCCS pubblici

Al fine di promuovere il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale integrata tra ASL, AOU e IRCCS pubblici del S.S.R., in considerazione della funzione fondamentale svolta dalle Aziende ospedaliere e dagli IRCCS sul territorio tramite l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi incluse quelle relative al *setting* assistenziale del *day-service*, le risorse, di cui alla DGR n. 275/2019, sono assegnate secondo i criteri che seguono:

a) Distribuzione uniforme: assegnazione di una quota di finanziamento (in relazione ad un peso percentuale del 40%) in egual misura per ciascuna Azienda per l'attivazione dei programmi di investimento per l'ammodernamento tecnologico delle strutture.

b) Valore tariffario delle prestazioni specialistiche: assegnazione della quota residuale (in relazione ad un peso percentuale del 60%) in misura proporzionale al valore tariffario complessivo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalla singola Azienda rispetto al totale del valore tariffario delle quattro Aziende.

Nota: il valore tariffario complessivo delle prestazioni specialistiche è dato dal prodotto del numero di prestazioni per il valore della singola prestazione previsto dal nomenclatore tariffario regionale.; il valore complessivo tariffario tiene conto sia del numero di prestazioni erogate che della loro complessità; i dati sono estratti dal sistema informativo sanitario regionale Edotto- Sistema Direzionale con riferimento all'anno 2017.

I valori dei suddetti due criteri per ogni AOU/IRCCS pubblico della Regione Puglia sono riportati nella tabella 3 che segue.

Criteri	Distribuzione uniforme delle risorse	valore tariffario delle prestazioni specialistiche della Azienda rispetto al totale
	(A)	(B)
PESO	PA=0,40	PB=0,60
AOU POLICLINICO Bari- Giovanni XXIII	0,25	0,5104
AOU OO.RR. Foggia	0,25	0,3584
IRCCS Oncologico	0,25	0,0992
IRCCS De Bellis	0,25	0,0320

TAB-3. Pesi e Criteri per Azienda

La ripartizione delle risorse rispetto alla somma complessivamente a disposizione (FIN), pari a 20,0 milioni di euro come stabilito dalla DGR n. 275/2019 è data dalla seguente formula

$$FIN_Az_XX = FIN * (PA * IA_XX + PB * IB_XX)$$

dove

- FIN_Az_XX è il finanziamento a disposizione della Azienda_XX
- IA_XX e IB_XX sono i valori per la Azienda_XX riportati in tabella 3 per i due criteri stabiliti
- PA e PB sono i pesi per i due criteri stabiliti



	Distribuzione risorse (importi arrotondati)	
AOU POLICLINICO Bari-Giovanni XXIII	€	8.000.000,00
AOU OO.RR. Foggia	€	6.500.000,00
IRCCS Oncologico	€	3.000.000,00
IRCCS De Bellis	€	2.500.000,00
Totale	€	20.000.000,00

TAB-4. Distribuzione delle risorse tra le due AOU e i due IRCCS della Puglia

Il presente allegato si compone di n. 4 pagine

Il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche



Allegato unico alla deliberazione
del
comitato di
Il Segretario della R.R.
in
Puglia

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 880

FAMI 2014-2020 - OS 2-ON 2. Progetto: PROG_2532: "Puglia Integrante - Formazione, partecipazione e integrazione sociale". Approvazione schema Convenzione di sovvenzione.

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino, politiche per le Migrazioni, Antimafia Sociale, riferisce quanto segue:

VISTO:

il Regolamento (UE) N. 514/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 reca disposizioni generali sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 e sullo strumento di sostegno finanziario per la cooperazione di polizia, la prevenzione e la lotta alla criminalità e la gestione delle crisi;

il Regolamento (UE) n. 516/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 che istituisce il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione, modifica la decisione 2008/381/CE del Consiglio e abroga le decisioni n. 573/2007/CE e n. 575/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio e la decisione 2007/435/CE del Consiglio;

il Regolamento delegato (UE) n. 1042/2014 della Commissione, del 25 luglio 2014, integra il regolamento (UE) n. 514/2014 per quanto riguarda la designazione e le responsabilità di gestione e di controllo delle autorità responsabili e di quelle delegate e lo status e gli obblighi delle autorità di audit;

il Regolamento di esecuzione (UE) 840/2015 della Commissione del 29/05/2015 dispone sui controlli effettuati dalla AR ai sensi del Regolamento (UE) 514/2014;

con decreto prot. n. 2737 del 21 febbraio 2018 è stato designato il Vice Prefetto Mara Di Lullo Prefetto in qualità di Autorità Responsabile (AR) del FAMI;

la convenzione del 28 maggio 2015 disciplina lo svolgimento delle funzioni di Autorità Delegata (AD) nella gestione delle attività nell'ambito del FAMI;

il Programma Nazionale FAMI, documento programmatico 2014-2020 approvato dalla Commissione Europea con decisione C(2015) 5343 del 3/08/2015 e successivamente modificato con Decisione C(2016) 1823 del 21/03/2016, C(2017) 5587 del 14/08/2017, C(2017) 8713 dell'11/12/2017 e C(2018) 8142 del 7/12/2018, nell'ambito dell'Obiettivo Specifico 2, Obiettivo Nazionale 2;

con decreto prot. n. 0008843 del 4/07/2018 è stato adottato l'Avviso Pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul FAMI 2014/2020 - Obiettivo Specifico 2 "Integrazione/Migrazione legale" - Obiettivo Nazionale 2 "Integrazione" - "Piani Regionali di formazione linguistica";

il Soggetto proponente REGIONE PUGLIA ha trasmesso tramite il sistema informativo del FAMI, la proposta progettuale "PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale";

con decreto prot. n. 16638 del 21 dicembre 2018 l'Autorità Responsabile ha approvato la proposta progettuale ""PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale";

SI PROPONE

di sottoscrivere la **"Convenzione di Sovvenzione FAMI Codice Progetto: 2532: "Puglia Integrante - Formazione, partecipazione e integrazione sociale""** Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico: 2.Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 2 - Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi" tra l'Autorità Delegata del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione e la Regione Puglia, che si allega al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A), delegando il Dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino, Politiche per le Migrazioni e Antimafia Sociale per la sottoscrizione;

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D.Lgs. n.118/11 e ss.mm.ii.

La presente Deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4 lett.d) della l.r. n.7/1997.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie e delle motivazioni innanzi espresse, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L.R. 7/97 art. 4, lett. k.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento, dal Dirigente della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;
- di sottoscrivere la **“Convenzione di Sovvenzione FAMI Codice Progetto: 2532: “Puglia Integrante - Formazione, partecipazione e integrazione sociale””** Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico: 2.Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo Nazionale: ON 2 - Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi” tra l'Autorità Delegata del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione e la Regione Puglia, che si allega al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A), delegando il Dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino, Politiche per le Migrazioni e Antimafia Sociale per la sottoscrizione;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e pubblicazione sul sito istituzionale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO



Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

IL PRESENTE ACCORDO
E' COMPOSTO DI N° 51
FACCIATE
(NICOLA LOPANE)

Ministero dell'Interno
Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE
(FAMI) 2014-2020

**CONVENZIONE DI SOVVENZIONE
FAMI**

CODICE PROGETTO: PROG-2532

Beneficiario	REGIONE PUGLIA
Titolo del progetto	PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale
Obiettivo specifico e nazionale – Casi speciali	Obiettivo Specifico: 2.Integrazione / Migrazione legale – Obiettivo Nazionale: ON 2 - Integrazione - lett. h) Formazione civico linguistica - Piani regionali formazione linguistica 2018-2021
Costo del progetto	€ 1424126,64
Data conclusione del progetto	31/12/2021





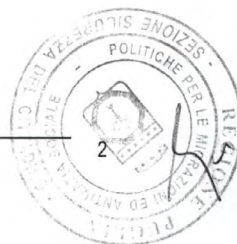
Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Indice

Art. 1 Oggetto, durata e importo massimo della Convenzione	4
Art. 2 Obblighi e Responsabilità	5
Art. 3 Composizione del contributo	8
Art. 4 Obiettivi del progetto e Destinatari	9
Art. 5 Budget di progetto e Cronogramma	9
Art. 6 Indicatori utilizzati	11
Art. 7 Affidamento di incarichi o di contratti di appalto/fornitura (ove applicabile)	13
Art. 8 Attuazione della Convenzione	17
Art. 9 Definizione dei costi ammissibili	23
Art. 10 Condizioni di erogazione della sovvenzione e requisiti delle registrazioni contabili	24
Art. 11 Condizioni per la tracciabilità dei dati	27
Art. 12 Controlli	28
Art. 13 Sanzioni e revoche	29
Art. 14 Protezione dei dati	32
Art. 15 Regole di pubblicità	33
Art. 16 Foro competente	33
Art. 17 Conflitto d'interessi	33
Art. 18 Proprietà e uso dei risultati	34
Art. 19 Riservatezza	34
Art. 20 Sospensione	35
Art. 21 Forza maggiore	36
Art. 22 Recesso dell'Autorità Responsabile	36
Art. 23 Rinuncia parziale e/o totale al contributo	37
Art. 24 Accordi ulteriori	38
Allegato 1 - Regole di pubblicità del Fondo	41
Allegato 2 - Modulo comunicazione Conti Correnti aggiuntivi	47
Allegato 3 - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196 del 2003 e art. 14 Reg. UE 2016/679	50





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Il Prefetto Mara Di Lullo, in qualità di Autorità Responsabile del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 (di seguito "Amministrazione" o "Autorità Responsabile"),

e

Nome / Ragione Sociale: REGIONE PUGLIA

Natura giuridica: REGIONE ORDINARIA

Indirizzo / Sede Legale: L.re N. Sauro 31/33 70121 BARI BA

Codice fiscale: 800172107

ed i seguenti partner di progetto co-beneficiari (eventuali):

Nr. Nome Partner

1 Associazione Quasar

2 Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia - Direzione Generale

Il Beneficiario o Beneficiario Capofila in caso di raggruppamento, è rappresentato per la firma della presente Convenzione da Michele Emiliano

Premesso che

(a) il Regolamento (UE) N. 514/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 reca disposizioni generali sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 e sullo strumento di sostegno finanziario per la cooperazione di polizia, la prevenzione e la lotta alla criminalità e la gestione delle crisi;

(b) il Regolamento (UE) n. 516/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 che istituisce il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione, modifica la decisione 2008/381/CE del Consiglio e abroga le decisioni n. 573/2007/CE e n. 575/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio e la decisione 2007/435/CE del Consiglio;

(c) il Regolamento delegato (UE) n. 1042/2014 della Commissione, del 25 luglio 2014, integra il regolamento (UE) n. 514/2014 per quanto riguarda la designazione e le responsabilità di gestione e di controllo delle autorità responsabili e lo status e gli obblighi delle autorità di audit;

(d) il Regolamento di esecuzione (UE) 840/2015 della Commissione del 29 maggio 2015 dispone sui controlli effettuati dalle AR ai sensi del Regolamento (UE) 514/2014;

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



- (e) con decreto del Capo Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione prot. n. 2737 del 21 Febbraio 2018 è stato designato il Prefetto Mara Di Lullo in qualità di Autorità Responsabile (AR) del FAMI con decorrenza dal 1 Marzo 2018;
- (f) il Programma Nazionale FAMI, documento programmatico 2014-2020 approvato dalla Commissione Europea con Decisione C(2015) 5343 del 3 agosto 2015 e successivamente modificato con Decisione C(2016) 1823 del 21 marzo 2016, C(2017) 5587 del 14 agosto 2017, C(2017) 8713 dell'11 Dicembre 2017 e C(2018) 8142 del 7 dicembre 2018, nell'ambito dell'Obiettivo Specifico 2, Obiettivo nazionale 2;
- (g) con decreto prot. n. 0008843 del 4 luglio 2018 è stato adottato l'Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico 2 "Integrazione / Migrazione legale" - Obiettivo Nazionale 2 "Integrazione" – "Piani Regionali di formazione linguistica";
- (h) il Soggetto proponente REGIONE PUGLIA ha trasmesso tramite il sistema informativo del FAMI, la proposta progettuale "PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale";
- (i) con decreto prot. n. 16638 del 21 dicembre 2018 questa Autorità Responsabile ha approvato la proposta progettuale "PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale";

Tutto quanto sopra premesso, l'Autorità Responsabile e il Beneficiario, o il Beneficiario Capofila in caso di raggruppamento, convengono e stipulano quanto segue.

Art. 1 Oggetto, durata e importo massimo della Convenzione

- 1.1 La Convenzione ha per oggetto il progetto denominato "PUGLIA INTEGRANTE Formazione, partecipazione e integrazione sociale", finanziato a valere sull' OS2 – ON2, del Programma Nazionale del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020.
- 1.2 L'importo della Convenzione è pari ad € 1424126,64 così come previsto all'art. 5 Budget di progetto e dal relativo Cronogramma. Tale importo è fisso ed invariabile, salvo eventuali economie di progetto, e sarà corrisposto al Beneficiario secondo le modalità previste dal successivo art. 10 - "Condizioni di erogazione della sovvenzione e requisiti delle registrazioni contabili".





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



- 1.3 Le attività progettuali avranno inizio a partire dalla data indicata nella comunicazione di avvio attività, inviata da codesto Beneficiario, e dovranno concludersi entro e non oltre il 31/12/2021. La presente Convenzione avrà validità ed efficacia dalla data indicata nella comunicazione di avvio attività fino all'esatto ed integrale adempimento di tutte le obbligazioni contrattuali qui disciplinate e, in ogni caso, alla data di riconoscimento effettivo da parte della Commissione Europea delle spese presentate da parte dell'Autorità Responsabile.
- 1.4 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila del finanziamento si impegna a realizzare gli interventi in modo coerente con quanto previsto dal progetto ammesso a finanziamento, nel rispetto di tutte le prescrizioni contenute nella presente Convenzione.

Art. 2 Obblighi e Responsabilità

- 2.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il "Beneficiario Capofila":
- a) ha la piena responsabilità nell'assicurare che il progetto sia eseguito esattamente ed integralmente, nel pieno rispetto della Convenzione;
 - b) in caso di Raggruppamento, è l'unico referente ed ha la piena responsabilità per tutte le comunicazioni tra i co-beneficiari e l'Amministrazione. Ogni comunicazione relativa alla Convenzione da parte dell'Autorità Responsabile, verrà inviata tramite Posta Elettronica Certificata ovvero attraverso un apposito sistema informatico (tramite le funzionalità del sito (<https://fami.dlci.interno.it>), esclusivamente al soggetto Capofila, che dovrà fornire riscontro certo della ricezione, salvo diverse specifiche disposizioni previste nella presente Convenzione;
 - c) è responsabile della predisposizione, della raccolta, della corretta conservazione e dell'invio degli atti, dei documenti e delle informazioni richieste dall'Autorità Responsabile, soprattutto in relazione ai pagamenti;
 - d) si impegna a partecipare ad incontri periodici organizzati dall'Autorità Responsabile al fine di monitorare le attività progettuali, creare occasioni di confronto, condividere linee di indirizzo e trovare soluzioni condivise alle eventuali criticità riscontrate durante lo svolgimento delle attività progettuali;
 - e) in caso di Raggruppamento, non potrà delegare in alcun modo le attività sopra descritte (punti a), b) c) d)) ai co-beneficiari o ad altri soggetti. Quando è richiesta



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

un'informazione sui co-beneficiari, il Capofila è responsabile per il suo ottenimento, la verifica dell'informazione e la comunicazione della stessa all'Amministrazione;

f) in caso di Raggruppamento, informa i co-beneficiari di ogni evento di cui è a conoscenza e che può causare ostacolo o ritardo alla realizzazione del progetto;

g) informa l'Amministrazione delle eventuali modifiche non sostanziali da apportare al progetto e/o al budget di progetto fornendo alla stessa adeguata giustificazione;

h) presenta apposita garanzia fideiussoria (*ove richiesto*) sul modello di quella resa disponibile dall'Amministrazione;

i) in caso di Raggruppamento, gestisce, predispone e presenta le richieste di pagamento; dettaglia l'ammontare esatto delle richieste e le quote assegnate a ciascun co-beneficiario, secondo quanto previsto dalla presente Convenzione; individua l'entità dei costi ammissibili come da budget di progetto e tutti i costi effettivamente sostenuti;

j) prende atto ed accetta che tutti i pagamenti dell'AR siano disposti secondo quanto previsto nell'art. 10;

k) è responsabile della corretta applicazione e delle violazioni delle disposizioni di cui all'art.3 della L.136/2010 eventualmente riscontrate;

l) in caso di Raggruppamento, è il solo destinatario dei finanziamenti che riceve anche a nome di tutti i partner co-beneficiari. Assicura che tutti i contributi ricevuti siano pro-quota riassegnati ai co-beneficiari senza alcun ritardo ingiustificato. Informa l'Amministrazione dell'avvenuta ripartizione del contributo ricevuto tra tutti i partner co-beneficiari secondo quanto disposto dall'art.10;

m) è responsabile, in caso di controlli, audit e valutazioni, del reperimento e della messa a disposizione di tutta la documentazione richiesta, (in caso di Raggruppamento, inclusa la documentazione contabile dei partner co-beneficiari), dei documenti contabili e delle copie dei contratti di affidamento a terzi;

n) assume l'esclusiva responsabilità nei confronti dell'Amministrazione della corretta attuazione del progetto e della corretta gestione degli oneri finanziari ad esso imputati o dallo stesso derivanti;

o) è tenuto ad individuare specifiche modalità di confronto e di collaborazione con ogni attore coinvolto nella realizzazione delle attività progettuali;



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI**

p) è tenuto a rispettare, nell'esecuzione del progetto, tutte le norme allo stesso applicabili, ivi incluse quelle in materia di pari opportunità e di tutela dei diversamente abili nonché i limiti e le regole stabiliti dalla presente Convenzione o da ogni altro eventuale documento adottato in merito, anche successivamente alla stipula di quest'ultima; dall'Amministrazione;

q) è tenuto a vigilare sul rispetto degli obblighi di certificazione / attestazione previsti a carico del revisore indipendente / esperto legale nel rispetto delle tempistiche definite dall'Autorità Responsabile;

r) individua l'entità dei costi ammissibili come da budget di progetto e tutti i costi effettivamente sostenuti;

[In caso di raggruppamento] I partner co-beneficiari:

s) concordano ed offrono al Beneficiario Capofila la massima collaborazione al fine di eseguire esattamente ed integralmente, per quanto di spettanza, il progetto;

t) inviano al Capofila i dati necessari per predisporre i *report* da inviare all'Amministrazione, i consuntivi ed ogni altro documento previsto dalla Convenzione o, comunque, richiesto dall'Amministrazione;

u) inviano all'Amministrazione, attraverso il Beneficiario Capofila, ovvero direttamente, nei casi specificatamente richiesti dalla presente Convenzione o dalla stessa Amministrazione, tutte le informazioni necessarie, utili o anche solo opportune per la corretta esecuzione del progetto;

v) informano il Capofila tempestivamente di ogni evento di cui vengano a conoscenza che attenga alla realizzazione del progetto o che possa creare ritardi od ostacoli nell'esecuzione dello stesso;

w) comunicano al Capofila le eventuali modifiche non sostanziali da apportare al progetto e/o al budget di progetto.

Al fine di rispettare tutti gli obblighi e le responsabilità su elencati, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il "Beneficiario Capofila" comunica i nominativi dei seguenti referenti:





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Referenti Beneficiario		
Ambiti	Nome e Cognome	Indirizzo Mail e Telefono
Responsabile di progetto	Gianvito Ricci	progettazione@quasarformazione.eu - 0804059370
Referente monitoraggio e valutazione	Angelo Mariano	direzione@quasarformazione.eu - 0804059370
Referente contabile	Gian Luca Urso	presidenza@quasarformazione.eu - 0804059370

2.2 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila assume nei confronti dell'Autorità Responsabile l'esclusiva responsabilità per qualsiasi danno causato al Ministero dell'Interno e/o a qualsivoglia terzo, a persone e/o beni, e derivante direttamente e/o indirettamente dall'esecuzione del progetto.

Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, rimane l'unico responsabile nei confronti dell'Amministrazione.

In particolare, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, con la sottoscrizione della presente Convenzione, manleva e tiene indenne l'Autorità Responsabile da qualsiasi richiesta di risarcimento/indennizzo e/o rimborso avanzata da qualsivoglia soggetto a qualsivoglia titolo riconducibile all'esecuzione del progetto.

2.3 Il partner co-beneficiario si impegna, ai fini dell'accertamento delle eventuali responsabilità, a consentire i controlli e le verifiche in loco delle Autorità Designate del Fondo o di altro organismo deputato a tale scopo ed a collaborare alla loro corretta esecuzione.

Art. 3 Composizione del contributo

3.1 Fermo restando l'importo complessivo di cui al precedente art. 1, la percentuale massima del contributo comunitario è stabilita nel valore del 50,00 %.

L'importo complessivo del progetto è così ripartito:

▪ Contributo comunitario	€ 712063,32	50,00 %
▪ Contributo pubblico nazionale	€ 712063,32	50,00 %



FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020



Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- Contributo privato € 0,00 0,00 %

Art. 4 Obiettivi del progetto e Destinatari

4.1 Gli obiettivi che il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il "Beneficiario Capofila" deve raggiungere sono quelli indicati nella proposta progettuale ammessa a finanziamento.

4.2 Sono destinatari della proposta progettuale i cittadini di paesi terzi regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale.

Il Soggetto beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il "Beneficiario Capofila" ed il/i partner co-beneficiario/i ha/hanno l'obbligo di verificare, garantire e comprovare la corrispondenza e la riconducibilità dei destinatari dei servizi erogati ai target eleggibili. Nello specifico, il Soggetto beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il "Beneficiario Capofila" ed il/i partner co-beneficiario/i deve/devono attenersi alle modalità di rilevazione stabilite dall'Autorità Responsabile relative alla verifica, conservazione nel tempo e riproduzione, ove richiesto, nel rispetto della normativa europea ed italiana vigente, di tutta la documentazione necessaria ad attestare e comprovare l'appartenenza dei destinatari dei servizi ai target eleggibili del programma nazionale FAMI (a mero titolo esemplificativo si indicano possibili modalità di rilevazione: copia riprodotta elettronicamente de: - il permesso di soggiorno, codice fiscale, carta d'identità e/o altra documentazione rilevante). L'Autorità Responsabile indicherà successivamente le suddette modalità di rilevazione onde garantire la qualità, l'accuratezza e la comparabilità delle informazioni raccolte.

Art. 5 Budget di progetto e Cronogramma

5.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, è tenuto a rispettare il budget di progetto ed il cronogramma approvati ed allegati alla presente Convenzione.

Di seguito la scheda sintetica del budget di progetto:

BUDGET*

COSTI

- A -Costi del personale: € 1125610,00
B - Costi di Viaggio e Soggiorno: € 5250,00
C - Immobili: € 0,00
D - Materiali di consumo: € 40285,00





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

E - Attrezzature: € 0,00
F - Appalti: € 81750,00
G - Auditors: € 38780,00
H - Spese per gruppi di destinatari: € 39800,00
I - Altri costi: € 0,00
J - Costi Standard: € 0,00
K – TOTALE COSTI DIRETTI AMMISSIBILI: € 1331475,00
L - Costi indiretti: € 92651,64
M – TOTALE COSTI: € 1424126,64

ENTRATE

N - Contributo Comunitario: € 712063,32
O - Contributo Pubblico Nazionale: € 712063,32
P - Contributo del Beneficiario Finale: € 0,00
Q – TOTALE DELLE ENTRATE: € 1424126,64

5.2 La percentuale fissa dei costi indiretti, come definito dall'Avviso, non deve superare il 7% dei costi diretti ammissibili.

5.3 Al fine di ottimizzare le procedure di controllo in capo all'Autorità Responsabile e di prevedere tempi più brevi per l'erogazione dei contributi, il Beneficiario è tenuto ad individuare ed acquisire un Revisore indipendente per la verifica amministrativo-contabile di tutte le spese sostenute e rendicontate e, laddove applicabile, individuare ed acquisire un Esperto legale per la verifica di tutte le procedure per gli affidamenti di forniture, servizi, di lavori e di tutti gli incarichi individuali esterni formalizzati nell'ambito del progetto. Le spese per il Revisore indipendente e per l'Esperto legale, quest'ultimo laddove previsto, devono essere imputate alla voce di costo G – *Auditors* e non eccedere complessivamente il 7% dei costi diretti del progetto. Per l'Esperto legale, la spesa complessiva non dovrà superare il 2% dei costi diretti del progetto.

5.4 Relativamente alla voce F – Appalti (*ove applicabile*) del budget, si precisa che il Beneficiario deve essere in grado di svolgere autonomamente le attività progettuali e non può, in ogni caso, affidare a terzi il complesso delle attività di cui è responsabile. Tuttavia, è possibile appaltare parzialmente o integralmente le attività - ad esclusione delle attività relative alla gestione complessiva del progetto - nel caso in cui le attività ovvero i servizi





Convenzione di Sovvenzione FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

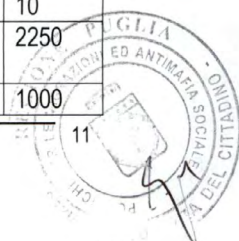
appaltati siano approvati dall'Autorità Responsabile contestualmente alla firma della Convenzione.

- 5.5** Le spese relative alle attività erogate da CPIA non Partner, devono essere allocate nella voce di costo Appalti ed essere rendicontate a costi reali. Il CPIA non Partner sarà rimborsato dall'affidatario dietro espressa richiesta di pagamento corredate dei giustificativi di spesa. Ai fini della presentazione della rendicontazione delle spese dovrà rendersi disponibile tutta la documentazione giustificativa necessaria a dimostrare che il rimborso delle spese al CPIA non Partner è avvenuto secondo il criterio dei costi reali. Ciò in analogia a quanto previsto nel caso di attività erogate dal CPIA Partner di progetto. Il Beneficiario Finale dovrà garantire l'imputazione e il riconoscimento esclusivamente dei costi reali.

Art. 6 Indicatori utilizzati

- 6.1** Al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi descritti all'art. 4, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, utilizzerà la tabella sottostante relativa agli indicatori contenuti nella proposta progettuale.

Nr	Indicatori di Realizzazione	Unità di Misura	Tipo indicatore (obbligatorio/aggiuntivo)	Valore Atteso
1	Cittadini di Paesi terzi iscritti ai corsi di formazione linguistica	n.	Obbligatorio	1300
2	Cittadini di Paesi terzi titolari di protezione internazionale e titolari di protezione umanitaria iscritti ai corsi di formazione linguistica	n.	Obbligatorio	500
3	Cittadini di Paesi terzi che hanno beneficiato dei servizi complementari	n.	Obbligatorio	500
4	Corsi di formazione linguistica realizzati - livello alfa	n.	Obbligatorio	9
5	Corsi di formazione linguistica realizzati - livello pre-A1	n.	Obbligatorio	10
6	Corsi di formazione linguistica realizzati - livello A1	n.	Obbligatorio	38
7	Corsi di formazione linguistica realizzati - livello A2	n.	Obbligatorio	38
8	Corsi di formazione linguistica realizzati - livello B1	n.	Obbligatorio	10
9	Moduli formativi specifici	n.	Obbligatorio	10
10	Ore di formazione linguistica erogate - livello alfa	n.	Obbligatorio	2250
11	Ore di formazione linguistica erogate -	n.	Obbligatorio	1000





**Convenzione di Sovvenzione
FAMI**



**MINISTERO
DELL'INTERNO**

	livello pre-A1			
12	Ore di formazione linguistica erogate - livello A1	n.	Obbligatorio	3800
13	Ore di formazione linguistica erogate - livello A2	n.	Obbligatorio	3040
14	Ore di formazione linguistica erogate - livello B1	n.	Obbligatorio	800
15	Ore relative ai moduli formativi specifici erogate	n.	Obbligatorio	180
16	Ore di accoglienza, orientamento e valutazione	n.	Facoltativo	760
17	Laboratori pratici esperienziali sui temi della cittadinanza e della partecipazione	n.	Facoltativo	3
18	Workshop Tematici	n.	Facoltativo	9
19	Cittadini di Paesi terzi che hanno frequentato almeno il 70% delle ore dei corsi formativi livello alfa	n.	Obbligatorio	76
20	Cittadini di Paesi terzi che hanno frequentato almeno il 70% delle ore dei corsi formativi livello Pre A1	n.	Obbligatorio	161
21	Cittadini di Paesi terzi che hanno frequentato almeno il 70% delle ore dei corsi formativi livello A1	n.	Obbligatorio	613
22	Cittadini di Paesi terzi che hanno frequentato almeno il 70% delle ore dei corsi formativi livello A2	n.	Obbligatorio	610
23	Cittadini di Paesi terzi che hanno frequentato almeno il 70% delle ore dei corsi formativi livello B1	n.	Obbligatorio	161

Nr	Indicatori di Risultato	Unità di Misura	Tipo indicatore (obbligatorio/aggiuntivo)	Valore Atteso
1	Cittadini di Paesi terzi che hanno portato a termine corsi formativi alfa con esito positivo (attestazione di competenza alfabetica)	n.	Obbligatorio	67
2	Cittadini di Paesi terzi che hanno portato a termine corsi formativi pre-A1 con esito positivo (attestazione di competenza linguistico-alfabetica)	n.	Obbligatorio	142
3	Cittadini di Paesi terzi che hanno portato a termine corsi formativi A1 con esito positivo (attestazione di competenza linguistica)	n.	Obbligatorio	541
4	Cittadini di Paesi terzi che hanno portato a termine corsi formativi A2 con esito positivo (attestazione di	n.	Obbligatorio	520

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020





Convenzione di Sovvenzione FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

	competenza linguistica)			
5	Cittadini di Paesi terzi che hanno portato a termine corsi formativi B1 con esito positivo (attestazione di competenza linguistica)	n.	Obbligatorio	142

6.2 Il raggiungimento dei valori attesi degli indicatori espressi nel presente articolo, secondo i parametri quantitativi e qualitativi previsti nelle specifiche dei progetti è condizione necessaria per l'erogazione del finanziamento. In caso di mancato raggiungimento dei valori attesi previsti, è facoltà dell'Autorità Responsabile revocare tutto o rimodulare parte del finanziamento concesso.

Le modalità e le tempistiche delle eventuali rimodulazioni saranno stabilite dall'Autorità Responsabile che si riserva di comunicare con successiva disposizione, unitamente ai parametri sulla base dei quali potranno essere effettuati eventuali decurtazioni di natura finanziaria, nonché la loro entità al fine di garantire la massima trasparenza del processo.

6.3 Il mancato raggiungimento dei valori attesi degli indicatori dovrà essere debitamente motivato dal beneficiario che dovrà sottoporre le dovute rimodulazioni all'Autorità Responsabile che si riserva di condividerle o rimodularle secondo le esigenze di attuazione del Programma Nazionale FAMI. Le spese e le attività in itinere saranno approvate o ridefinite a cura dell'Autorità Responsabile.

Art. 7 Affidamento di incarichi o di contratti di appalto/fornitura (ove applicabile)

7.1 Il Beneficiario deve essere in grado di svolgere autonomamente l'attività di coordinamento del progetto che non può, in nessun caso, essere affidata a soggetti diversi dal Beneficiario stesso. Tuttavia, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario, potranno – sotto la propria esclusiva responsabilità - affidare a soggetti terzi, con comprovata e documentata esperienza professionale nel settore oggetto del progetto, l'esecuzione di parte dello stesso.

7.2 Qualora il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o i co-beneficiari, intendano affidare parte delle attività a soggetti terzi, questi dovranno possedere i requisiti e le competenze richieste dall'intervento e non potranno sub-affidare ad altri soggetti l'esecuzione, anche di parte, delle attività.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- 7.3** I contratti stipulati tra Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, tra il Beneficiario Capofila e/o tra co-beneficiari e soggetti terzi affidatari, dovranno essere dettagliati, nell'oggetto, nei contenuti, nelle modalità di esecuzione delle prestazioni ed articolati per le voci di costo.
- 7.4** Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario, acquisirà i beni e i servizi necessari per la realizzazione del progetto nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale vigente in materia di appalti pubblici e del principio del *value for money*.
- 7.5** Ferma l'applicabilità delle vigenti disposizioni in materia di contratti pubblici, nell'attuazione del progetto, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario, in caso di procedura di gara, aggiudica l'appalto secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, evitando ogni conflitto di interessi.
- Sia nel caso in cui il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario, siano tenuti all'applicazione del Codice dei contratti pubblici (D.lgs. 50/2016), sia nel caso in cui non vi siano tenuti il suddetto Beneficiario e/o Capofila e/o partner co-beneficiario in caso di Raggruppamento, dovranno richiedere, ove reperibili, per l'affidamento a terzi, almeno tre offerte per importi tra € 5.000,00 ed € 40.000,00 (ferme restando le prescrizioni relative a conflitto di interessi e requisiti di legge), ai fini di una idonea e documentata indagine di mercato, valutabile dall'Amministrazione.
- Per l'affidamento dei contratti di importo superiore a € 40.000,00 e fino alle soglie di cui all'art. 35 del d.lgs. 50/2016:
- (i) qualora il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario siano tenuti all'applicazione del d.lgs. 50/2016, l'affidamento deve avvenire nel rispetto delle procedure previste dal predetto decreto ai sensi dell'art. 36 e, in ogni caso, in ossequio ai principi di trasparenza, rotazione, parità di trattamento;
- (ii) qualora il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario non siano tenuti all'applicazione del D. Lgs. 50/2016, dovranno, in ogni caso, ispirarsi alla suddetta procedura, e dunque aggiudicare i contratti di appalto previa idonea indagine di mercato mediante avviso esplorativo o richiesta di almeno cinque offerte, assumendo ogni relativo onere - anche in merito alla richiesta del





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

CIG (ove richiesto) - ai fini del rispetto della richiamata normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari di cui al presente articolo.

Nell'ipotesi in cui il Beneficiario, o Beneficiario Capofila nel caso di Raggruppamento, e/o ciascun partner co-beneficiario intenda affidare l'esecuzione delle attività progettuali a soggetti non aventi natura privata, non è tenuto a procedere come previsto nel comma che precede ma è, comunque, sempre obbligato al rispetto dei principi di trasparenza, non discriminazione e parità di trattamento, ed a fornire idonea motivazione in merito alle ragioni giustificative della scelta del contraente.

Fermo quanto sopra, si precisa che in ogni caso l'affidamento di contratti di appalto/fornitura di valore inferiore a € 5.000,00 (iva esclusa) può essere effettuato sulla base di un'unica offerta (affidamento diretto), fornendo adeguata motivazione della scelta e della compatibilità dell'affidamento diretto con le disposizioni normative applicabili. È vietato l'artificioso frazionamento degli appalti da affidare.

7.6 Per ciò che concerne il rispetto dell'art. 3 della l. 136/2010 in merito alla tracciabilità dei flussi finanziari, si fa rimando al Vademecum adottato dall'Amministrazione per l'individuazione delle ipotesi e modalità di applicazione.

Per le ipotesi in cui la predetta norma risulti applicabile, il Beneficiario e, in caso di raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario, in caso di affidamento di parte delle attività a soggetti privati, è tenuto ad inserire nel relativo contratto, le clausole che prevedano il rispetto dei predetti obblighi da parte degli affidatari.

In particolare nei contratti cui si applica la normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, dovranno essere necessariamente incluse a pena di nullità:

a) una clausola con la quale i soggetti terzi affidatari si impegnano a fornire agli organi di revisione e controllo, anche dell'Amministrazione (Ministero dell'Interno), tutte le informazioni necessarie relative alle attività oggetto del contratto di affidamento;

(per i soggetti tenuti all'applicazione dell'art. 3 della l. n. 136 del 2010)

b) una clausola recante la seguente dicitura

"1. L'impresa/Il soggetto (...), in qualità di subcontraente del Beneficiario oppure del Partner (...) nell'ambito della convenzione sottoscritta con l'Amministrazione (...), identificato con il CUP n. (...), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

2. L'impresa/il soggetto (...), in qualità di sub-contraente del Beneficiario (...), si impegna a dare immediata comunicazione all'Amministrazione (...) della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria".

3. L'impresa/il soggetto (...), in qualità di sub-contraente del Beneficiario (...), si impegna ad inviare copia del presente contratto all'Amministrazione (...)."

c) una clausola recante la seguente dicitura: "per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari derivanti dall'esecuzione del presente contratto viene utilizzato il seguente conto corrente bancario (o postale), IBAN _ _____ acceso (o dedicato) in data _____ presso la Banca (o presso la società Poste italiane Spa) _____ intestato a _____, Codice Fiscale o Partita I.V.A. _____ con sede / residenza in _____ in ossequio alle previsioni di cui all'art. 3 della L. 136/2010. Ogni bonifico bancario (o postale) effettuato riporterà, in relazione a ciascuna transazione, il codice unico di progetto (CUP) e ove presente il CIG dell'affidamento";

d) una clausola recante le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sui conti di cui al punto c) che precede;

Il Beneficiario o, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila nonché i Partner che hanno effettuato affidamento a terzi, sono tenuti ad indicare il codice CUP attribuito alla Convenzione in ogni atto contrattuale e nella relativa documentazione di spesa.

7.7 Resta inteso che, qualora l'affidatario sia un soggetto di natura pubblica, questo non è tenuto al rispetto degli obblighi di cui all'art. 3 della L. 136/2010 ed il Beneficiario non è tenuto all'inserimento delle predette clausole nei relativi contratti.

7.8. In caso di affidamento ad esperti esterni (persone fisiche) di attività di consulenza/assistenza il Beneficiario è tenuto ad applicare, al ricorrere dei relativi presupposti, l'art. 7, commi 6 e ss, del D. Lgs. 165/2001. I soggetti non tenuti alla sua applicazione selezionano comunque gli esperti esterni eventualmente necessari attraverso procedure competitive tracciabili rispettose dei principi di pubblicità, concorrenza, predeterminazione dei criteri, parità di trattamento e di rotazione. Il Beneficiario è tenuto a conservare, per tutta la durata del progetto e per il periodo quinquennale successivo alla chiusura delle attività progettuali, la documentazione attestante il corretto esperimento delle suddette procedure competitive e a metterla a disposizione dell'Autorità





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Responsabile e/o delle altre Autorità competenti nell'ambito delle verifiche cui le stesse sono deputate.

- 7.9 La Commissione Europea e/o le altre Autorità competenti, in base a verifiche documentali in loco, hanno il potere di controllo su tutti i fornitori/prestatori di servizi selezionati dal Beneficiario e/o partner per quanto di rispettiva competenza.
- 7.10 Fermo quanto sopra, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila è tenuto ad inviare all'Amministrazione la documentazione indicata nel Vademecum di attuazione che sarà fornito da questa Amministrazione.
- 7.11 Posto quanto in precedenza espresso, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila rimangono gli unici responsabili verso l'amministrazione delle attività di monitoraggio secondo le modalità previste dall'Autorità Responsabile.

Art. 8 Attuazione della Convenzione

- 8.1 Le attività di cui alla presente Convenzione si articoleranno nel rispetto dei vincoli posti dalla normativa comunitaria e nazionale e nei limiti di spesa prestabiliti, secondo le indicazioni previste dal Regolamento (UE) N. 514/2014 e dal Regolamento (UE) N. 516/2014 e s.m.i.

In particolare, nell'attuazione dei singoli interventi, il Beneficiario si impegna a:

- utilizzare la Posta Elettronica Certificata ed il sistema informatico (<https://fami.dlci.interno.it>), quale mezzo per le comunicazioni;
- trasmettere all'Autorità Responsabile il codice CUP relativo al progetto tramite il caricamento dello stesso sul Sistema Informativo;
- avviare le attività progettuali comunicando all'Autorità Responsabile, entro i tempi stabiliti, la data di inizio delle attività progettuali e la sede di svolgimento delle azioni previste dal progetto;
- rispettare la tempistica di realizzazione ed il cronogramma di spesa di cui all'art. 5;
- tenere costantemente informata l'Autorità Responsabile dell'avanzamento esecutivo dei progetti, e rispettare gli adempimenti procedurali in materia di monitoraggio previsti dalla presente Convenzione e quelli previsti per l'attuazione del Programma Nazionale dall'Autorità Responsabile;





Convenzione di Sovvenzione FAMI



- rispettare quanto previsto dai Regolamenti, e quanto nel Programma Nazionale del Fondo;
- adempiere a tutte le prescrizioni concernenti la gestione ed il controllo delle singole operazioni ammesse al finanziamento;
- rispettare le regole di ammissibilità delle spese di cui al "Manuale delle Regole di Ammissibilità delle Spese nell'ambito del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione 2014-2020";
- attenersi alle indicazioni dell'Autorità Responsabile in merito all'applicazione delle regole di ammissibilità delle spese;
- attenersi alle modalità di rilevazione dei dati previste dall'Autorità Responsabile anche attraverso le eventuali linee guida di riferimento.

8.2 Fermo quanto sopra, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila è tenuto ad inviare all'Autorità Responsabile la documentazione indicata nella tabella seguente, secondo la tempistica stabilita, salvo diversa disposizione dell'Autorità Responsabile. Qualora il Beneficiario non ottemperi ai predetti obblighi, l'Autorità Responsabile si riserva di applicare le sanzioni pecuniarie di cui al successivo articolo 13 e/o di revocare il finanziamento.

Tipologia	Documentazione da presentare	Tempistica
Documentazione propedeutica al finanziamento	► Comunicazione di inizio attività e della sede di svolgimento delle stesse ► Trasmissione del CUP tramite il caricamento dello stesso sul Sistema Informativo	Entro 10 (dieci) giorni di calendario dalla firma della Convenzione
Domanda di Anticipo obbligatorio pari al 50% dell'importo finanziato che risulta dal budget approvato (contributo comunitario e contributo pubblico nazionale)	► Domanda di anticipo ► Fideiussione (ove applicabile)	Entro 30 (trenta) giorni di calendario dalla firma della Convenzione





**Convenzione di Sovvenzione
FAMI**



MINISTERO
DELL'INTERNO

Tipologia		Documentazione da presentare	Tempistica
Eventuale Prima Domanda di Rimborso Intermedio ¹	Cumulativamente sulla base delle spese rendicontate al netto della corrispondente percentuale del contributo del Beneficiario Finale, fino al 30% dell'importo finanziato	► Modello di Domanda di Rimborso e di Rendicontazione delle spese. L'importo da richiedere deve essere al netto della corrispondente percentuale del contributo del Beneficiario Finale	Entro il 30 aprile 2020
Eventuale Seconda Domanda di Rimborso Intermedio		► Documentazione di spesa debitamente quietanzata ²	Entro il 30 aprile 2021

¹ Il Beneficiario Finale deve presentare obbligatoriamente almeno una domanda di rimborso intermedio entro il 30 aprile 2020 e/o entro il 30 aprile 2021. In ogni caso, l'importo che potrà essere erogato cumulativamente o non potrà essere superiore al 30% dell'importo finanziato.

² Le spese oggetto di rendicontazione intermedia devono essere quietanzate entro la data di presentazione della stessa domanda di rimborso intermedio





Convenzione di Sovvenzione FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Domanda di Rimborso Finale (relativa al saldo della sovvenzione)	▶ Modello di Domanda di Rimborso e di Rendicontazione delle spese. L'importo da richiedere nella Domanda di Rimborso deve essere al netto della corrispondente percentuale del contributo del Beneficiario Finale ▶ Final Assessment ▶ Documentazione di spesa debitamente quietanzata³ ▶ Modello per il controllo della corretta distribuzione delle risorse tra le Aree⁴	- Entro 30 (trenta) giorni dal raggiungimento della soglia del 100% della spesa rendicontabile sul totale del progetto ammesso a finanziamento; - Ovvero entro 30 (trenta) giorni di calendario dalla data di conclusione delle attività progettuali; - E comunque non oltre il 31 gennaio 2022
Verifiche dell'Esperto Legale (ove applicabile)	▶ Attestazione legale e relativi allegati.	Entro 20 giorni dalla trasmissione di ciascuna Domanda di Rimborso
Verifiche del Revisore Indipendente	▶ Verbale di verifica amministrativo-contabile e relativi allegati.	Entro 30 giorni dalla trasmissione di ciascuna Domanda di Rimborso
Monitoraggio	▶ Scheda di monitoraggio contenente dati sull'avanzamento fisico, finanziario e procedurale del progetto	Con cadenza trimestrale secondo il calendario e le eventuali modifiche fornite dall'AR
	▶ Scheda destinatari cittadini di Paesi terzi (in cui riportare il totale cumulativo dei destinatari cittadini di Paesi terzi coinvolti nel progetto)	Con cadenza trimestrale secondo il calendario e le eventuali modifiche fornite dall'AR

³ I costi devono essere sostenuti entro la data di conclusione del progetto, mentre i pagamenti relativi a tali costi possono essere effettuati entro la data di presentazione della stessa domanda di rimborso finale.

⁴ Il Modello da compilare sarà fornito dall'AR.





Convenzione di Sovvenzione FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

	► Scheda vulnerabilità (in cui riportare solo il numero dei destinatari titolari delle vulnerabilità indicate)	Con cadenza trimestrale secondo il calendario e le eventuali modifiche fornite dall'AR
	► Scheda operatori di progetto (in cui riportare il totale cumulativo dei destinatari operatori pubblici/privati eventualmente coinvolti nel progetto)	Con cadenza trimestrale secondo il calendario e le eventuali modifiche fornite dall'AR
	► Final Assessment	Entro 30 (trenta) giorni di calendario dalla data di conclusione delle attività progettuali e contestualmente alla data di rimborso finale
Valutazione	► Questionario informatizzato per la valutazione annuale del Programma	Secondo le indicazioni fornite dall'AR e dal valutatore indipendente del FAMI ⁵
	► Altra documentazione di valutazione (es. interviste individuali o di gruppo, schede, ecc.) ad hoc	Secondo le indicazioni fornite dall'AR e dal valutatore indipendente del FAMI
	► Questionario informatizzato per la valutazione ex-post del Programma	Entro 24 mesi dalla data di conclusione delle attività progettuali

8.3 Oltre alla documentazione di cui sopra, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o ciascun partner co-beneficiario è tenuto ad adempiere alle eventuali ed ulteriori richieste di documentazione, dati ed informazioni dell'Autorità Responsabile, secondo le modalità e tempistiche che saranno comunicate.

⁵ La Valutazione indipendente del Programma FAMI 2014-2020 è richiesta dalla regolamentazione comunitaria (Reg (UE) N. 514/2014). Al riguardo, l'AR ha selezionato, mediante Gara a procedura aperta, quale Valutatore indipendente del FAMI il RTI Gruppo CLAS – Archidata, che svolge tale compito nel rispetto del Quadro comune europeo di monitoraggio e valutazione.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- 8.4 In particolare, per quanto concerne la valutazione in itinere, intermedia ed ex post, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila è tenuto a collaborare alle eventuali attività di verifica/revisione degli indicatori e alle attività di raccolta dati funzionali alla valutazione del programma, dall'avvio del progetto **fino a 24 mesi dalla sua chiusura**, secondo un calendario che sarà inoltrato con congruo preavviso. A titolo esemplificativo le attività di raccolta dati in cui sarà coinvolto il Beneficiario potranno consistere in: interviste telefoniche o in presenza, somministrazione di questionari on line, acquisizione della documentazione relativa all'attuazione del progetto, acquisizione di dati anagrafici dei destinatari nel rispetto della normativa sulla privacy, organizzazione di interviste di gruppo con i destinatari.
- 8.5 I modelli previsti per adempiere alle disposizioni descritte sono accessibili attraverso il sistema informativo <https://fami.dlci.interno.it> ed eventuali altre modalità stabilite dall'AR.
- 8.6 Su richiesta scritta e debitamente motivata del Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, del Beneficiario Capofila, possono essere autorizzate dall'Autorità Responsabile modifiche al progetto finanziato. Resta inteso che l'autorizzazione dell'Autorità Responsabile è concessa nei limiti del contributo assegnato, se le variazioni proposte risultano coerenti agli obiettivi del progetto e non mutano la sostanza del progetto per quanto a oggetto, attività, importo massimo della convenzione e destinatari coinvolti.
- Sarà possibile presentare trimestralmente massimo una rimodulazione di budget e comunque l'ultima rimodulazione dovrà essere trasmessa all'AR entro e non oltre 30 (trenta) giorni di calendario precedenti alla data di chiusura del progetto. Il budget finale non potrà, comunque, discostarsi dal budget iniziale approvato per una quota maggiore del 30%. Ai fini del calcolo del 30% di cui sopra, concorreranno tutte le modifiche apportate durante il periodo di attuazione del progetto.
- Ognuna di tali modifiche sarà oggetto di valutazione e, laddove non presentino elementi di criticità, di approvazione da parte dell'Autorità Responsabile. L'Amministrazione non autorizzerà modifiche superiori al 30%. Tuttavia in situazioni eccezionali, e previa presentazione di adeguate giustificazioni da parte del Beneficiario, l'Amministrazione medesima si riserva, a suo insindacabile giudizio, di approvare modifiche che superino la misura del 30%.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila è tenuto ad inoltrare all'Autorità Responsabile la richiesta di modifica del budget prima che questa possa produrre qualsivoglia effetto.

- 8.7** Ogni modifica alla composizione del gruppo di lavoro, relativa alle figure professionali obbligatorie previste dall'Avviso, dovrà essere soggetta ad una formale approvazione da parte dell'Autorità Responsabile a seguito della presentazione di una apposita rimodulazione di budget ed alla trasmissione dei CV delle relative risorse.

La suddetta modifica dovrà essere inoltrata all'Autorità Responsabile prima che possa produrre effetto. Qualora la rimodulazione interessi esclusivamente una modifica del gruppo di lavoro potrà essere presentata anche in deroga alla cadenza trimestrale di cui al punto che precede,

- 8.8** In riferimento agli affidamenti previsti nella voce di budget F-Appalti, ogni significativa variazione che si verifichi nel corso del progetto (sostituzione del(i) fornitore(i) principale(i), nomina di un nuovo appaltatore) deve essere debitamente notificata alla Autorità Responsabile e ufficializzata attraverso modifiche di budget approvate dalla stessa.

Art. 9 Definizione dei costi ammissibili

- 9.1** Sono ammessi a finanziamento i costi sostenuti ai sensi degli artt. 17 e 18 del Regolamento (UE) N. 514/2014. In particolare, ai fini dell'ammissibilità, le spese devono:
- a) rientrare nel campo di applicazione dei regolamenti specifici e dei relativi obiettivi;
 - b) essere necessarie per il buon esito delle attività del progetto in questione;
 - c) essere ragionevoli e rispettare i principi di sana gestione finanziaria, in particolare i principi della convenienza economica e del rapporto tra costi ed efficacia.
 - d) essere necessarie per svolgere le attività previste nel progetto facente parte del Programma Nazionale di riferimento;
 - e) essere sostenute dal Beneficiario residente e registrato in uno Stato membro, tranne nel caso di organizzazioni governative internazionali;
 - f) essere sostenute nel rispetto delle disposizioni specifiche enunciate nella presente Convenzione;
 - g) essere identificabili e verificabili anche attraverso un sistema di contabilità separata e informatizzata;





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- h) essere conformi ai requisiti della legislazione fiscale e previdenziale e alla norme nazionali sulla tracciabilità.

Sono ammissibili al sostegno del Fondo soltanto le spese effettivamente sostenute a partire dalla data di avvio delle attività indicata nell'apposita comunicazione e fino alla data di conclusione del progetto, purché le stesse siano conformi a quanto indicato negli art. 17 e 18 del Regolamento (UE) N. 514/2014. Inoltre, il progetto non deve essere finanziato da altre fonti del bilancio comunitario o da altri programmi nazionali.

Art. 10 Condizioni di erogazione della sovvenzione e requisiti delle registrazioni contabili

10.1 L'Autorità Responsabile, corrisponderà al Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila, l'importo spettante secondo le seguenti modalità:

- a) **anticipo obbligatorio pari al 50% dell'importo finanziato⁶ che risulta dal budget approvato**, a seguito dell'erogazione della quota pertinente di prefinanziamento da parte della Commissione Europea e della trasmissione da parte del Beneficiario della Comunicazione di avvio delle attività. Resta inteso che l'erogazione della quota di anticipo, al ricorrere dei presupposti di legge, è subordinata all'esito positivo dei controlli preventivi da parte delle Autorità competenti, nonché alla presentazione, se dovuta, di idonea fideiussione bancaria, o polizza assicurativa o rilasciata dagli intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 107 del Decreto Legislativo 1° settembre 1993, n. 385, che svolgono in via esclusiva o prevalente attività di rilascio di garanzie, a ciò autorizzati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, a garanzia dell'anticipo; la fideiussione dovrà valere fino alla conclusione dei controlli in capo alle Autorità Designate del Fondo e fino ai 6 mesi successivi alla presentazione del conto annuale alla CE da parte dell'AR nel quale sono inserite le spese finali del progetto (art. 39 del Regolamento (UE) n. 514/2014), fino al rilascio di apposita dichiarazione di svincolo da parte dell'Amministrazione e comunque almeno fino al 30 agosto 2022. La fideiussione dovrà inoltre contenere la clausola di formale rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'articolo 1957, comma 2, del Codice civile, nonché l'operatività della garanzia medesima entro quindici giorni, a semplice richiesta scritta

⁶ Per importo finanziato si intende la somma del contributo comunitario e del contributo pubblico nazionale sulla base di quanto previsto nel budget approvato.





Convenzione di Sovvenzione FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

dell'Amministrazione. Nel caso di polizza assicurativa, la stessa dovrà prevedere il pagamento anticipato del premio complessivo. Resta inteso che la predetta fideiussione non dovrà essere rilasciata in caso di soggetti pubblici.

- b) **massimo 2 rimborsi intermedi, di cui uno obbligatorio, che cumulativamente non potranno superare la soglia del 30% dell'importo finanziato** che risulta dal budget approvato. L'importo erogato in sede di ciascun rimborso intermedio avverrà sulla base delle spese riconosciute ammissibili, a seguito dei controlli svolti dall'AR su quelle rendicontate nella relativa domanda di rimborso intermedio, al netto della percentuale di quota privata. Eventuali quote rendicontate e ammissibili eccedenti il 30% saranno riconosciute in sede di saldo finale;
- c) **saldo**, al termine del progetto e dietro presentazione del rendiconto finale, sulla base delle spese riconosciute ammissibili a seguito dei controlli svolti dall'AR su quelle rendicontate nella domanda di rimborso finale.

10.2 I pagamenti saranno effettuati direttamente al Beneficiario e in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila solo a seguito dell'esito positivo della verifica sulla documentazione amministrativo-contabile da parte dei soggetti competenti, e saranno costituiti da due quote: comunitaria e nazionale. I pagamenti sono subordinati all'accreditamento della quota comunitaria da parte della Commissione Europea e quindi, l'Autorità Responsabile non potrà essere ritenuta responsabile degli eventuali ritardi nella liquidazione, che potrebbero verificarsi a causa della mancanza di disponibilità dei sopracitati fondi.

10.3 Tutti i pagamenti saranno effettuati a favore del Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila sul conto corrente identificato come segue (per i soggetti tenuti all'applicazione dell'art. 3 L. 136/2010):

- Codice IBAN: in caso di enti privati:
- Numero del Conto di Tesoreria Unica: In caso di Enti Pubblici Locali 31601 (Stato) - 22908 (UE)
- Numero di conto: in caso di Ente Pubblico con contabilità speciale

Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Indirizzo (residenza)	Città	Cap	Provincia	Codice fiscale
------	---------	---------------------	--------------------	--------------------------	-------	-----	-----------	-------------------

- Banca Banca d'Italia
- Nome dell'intestatario del conto



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

- Data di apertura del conto o di dedizione alla commessa
- Generalità e codice fiscale del/dei soggetto/i ad operare sul conto:
-

(Per i soggetti privati tenuti all'applicazione e per le fattispecie a cui la norma è applicabile)

In ossequio all'art. 3 della L. 136/2010, la presente Convenzione potrà essere risolta di diritto in tutti i casi in cui le transazioni sottoposte all'obbligo di tracciabilità siano state eseguite senza avvalersi del conto corrente di cui sopra e/o dei conti correnti dedicati, individuati nella Dichiarazione allegata alla presente Convenzione, nonché in caso di mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

La parte che avrà notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo, al ricorrere dei presupposti dell'art. 3 della l. 136/2010, potrà procedere all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente l'Amministrazione e la Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

- 10.4** In caso di Raggruppamento, per ciascun versamento effettuato dall'Autorità Responsabile sul conto indicato dal Beneficiario capofila, lo stesso dovrà inderogabilmente entro 40 giorni dalla ricezione dell'importo, salvo ritardi giustificati e valutati dall'Autorità Responsabile, trasferire ad ogni partner co-beneficiario, la somma corrispondente alla percentuale della loro partecipazione al progetto secondo quanto indicato nell'ultimo budget approvato. In caso di mancato adempimento nei tempi stabiliti, l'Autorità Responsabile si riserva la facoltà di procedere alla revoca del finanziamento, all'applicazione delle sanzioni di cui all'articolo 13 della presente Convenzione, nonché alla sospensione dei successivi pagamenti fino alla dimostrazione dell'effettiva erogazione delle somme ai Partner.

Il Beneficiario Capofila ha l'obbligo di informare tempestivamente l'Autorità Responsabile del trasferimento dei contributi ricevuti a tutti i partner co-beneficiari del progetto, trasmettendo le relative quietanze di pagamento non appena disponibili e, comunque, entro 15 giorni dal trasferimento.

- 10.5** Ogni somma reclamata dal Beneficiario non dovrà superare il contributo previsto dalla presente Convenzione. Inoltre il Beneficiario si impegna a comunicare tempestivamente





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



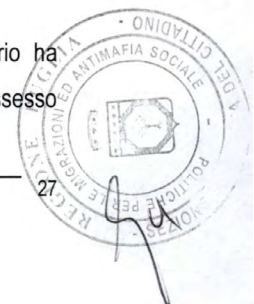
MINISTERO
DELL'INTERNO

all'Autorità Responsabile le eventuali economie di progetto e a non riutilizzarle in assenza di formale approvazione della stessa Autorità Responsabile, compatibilmente con la tempistica prevista nella presente Convenzione e nel rispetto delle regole di ammissibilità del Fondo. Il beneficiario non potrà comunque utilizzare le predette economie in assenza di formale approvazione della stessa Autorità Responsabile.

- 10.6** Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila nonché gli altri soggetti coinvolti nell'attuazione delle azioni cofinanziate dal Fondo sono tenuti a rispettare, nella tenuta della documentazione contabile, i principi di contabilità ufficialmente riconosciuti dalla legislazione vigente, nonché un sistema di contabilità separata e informatizzata per tutte le operazioni relative al progetto.
- 10.7** Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila assicura che tutti i documenti giustificativi (originali o copie certificate conformi agli originali) relativi alle spese del progetto siano tenuti a disposizione dell'Autorità Responsabile, della Commissione e delle altre Autorità competenti per i cinque anni successivi alla data di ricezione del pagamento del saldo al Beneficiario finale da parte dell'Autorità Responsabile. La decorrenza del termine è sospesa in caso di procedimento giudiziario o su richiesta debitamente motivata della Commissione. I documenti sono conservati sotto forma di originali o di copie autenticate su supporti cartacei e informatici che ne garantiscano l'adeguata conservazione.
- 10.8** I crediti derivanti dalla presente Convenzione non possono, in nessun caso, essere oggetto di cessione a terzi; è fatto, altresì, divieto di conferire, in qualsiasi forma, procure all'incasso o mandati di pagamento a favore di terzi.

Art. 11 Condizioni per la tracciabilità dei dati

- 11.1** Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila deve garantire la tracciabilità dei dati soddisfacendo i seguenti criteri:
- a) utilizzare la Posta Elettronica Certificata ovvero il sistema informatico (<https://fami.dlci.interno.it>) quale mezzo per la registrazione di tutti i dati di progetto previsti;
 - b) consentire alla Commissione il riscontro esatto tra gli importi che il Beneficiario ha riportato nei propri registri contabili ed i documenti giustificativi degli stessi, in possesso dell'Autorità Responsabile;





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- c) dare evidenza delle fonti di finanziamento del progetto, in particolare ripartite in: (i) pagamento del contributo pubblico, (ii) attribuzione e trasferimento del finanziamento comunitario a titolo del Fondo;
- d) conservare la documentazione inerente alle eventuali specifiche tecniche ed al piano di finanziamento del progetto, nonché la documentazione relativa alle procedure di aggiudicazione di affidamenti in favore di soggetti terzi e le relazioni delle verifiche e degli audit effettuati;
- e) conservare le prove documentali relative alla rispondenza dei target di riferimento, secondo le modalità previste dall'AR ed individuate all'art 4. Predisporre le modalità ritenute opportune di concerto con l'AR per assicurare l'attuazione delle attività di valutazione.

Art. 12 Controlli

12.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e i partner di progetto e gli eventuali subaffidatari potranno essere oggetto di controllo, sia documentale che fisico (in loco) da parte delle Autorità Designate del Fondo, della Commissione Europea, o di altri organismi di controllo.

12.2 In particolare, l'Autorità Responsabile disporrà verifiche e controlli, come previsti dai Regolamenti del Fondo, sull'avvio delle attività, nonché sulla corretta esecuzione del progetto e si avvarrà delle risultanze dei controlli del revisore indipendente e dell'esperto legale. In merito alle attività di controllo, l'Autorità Responsabile potrà avvalersi delle Prefetture o di organi istituzionali individuati sia a livello centrale che locale.

12.3 Se a seguito dei controlli saranno accertate delle irregolarità sanabili, al Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila potrà essere richiesto di provvedere entro un termine perentorio indicato dall'Autorità Responsabile, fermo quanto previsto dal successivo Articolo 13.

In caso di mancato adempimento nei tempi stabiliti, l'Autorità Responsabile si riserva la facoltà di procedere alla revoca del finanziamento e all'applicazione delle sanzioni di cui all'articolo 13.

12.4 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, dichiara che tutta la documentazione inerente all'esecuzione del progetto e i relativi atti connessi e





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

conseguenti, ed anche relativi alle attività eseguite da eventuali partner, sarà depositata e conservata presso la sede Regione Puglia - Ufficio Immigrazione.

Tale documentazione deve essere conservata per i 5 anni successivi alla data di ricezione del pagamento del saldo al Beneficiario finale da parte dell'Autorità Responsabile.

Resta inteso che in caso di eventuali variazioni sia della sede ove sono depositati i documenti sia della sede indicata per lo svolgimento delle attività, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila dovrà darne immediata comunicazione all'Autorità Responsabile.

Art. 13 Sanzioni e revoche

13.1 L'Amministrazione valuterà periodicamente la corretta attuazione del progetto, attraverso verifiche e ispezioni come previste dai Regolamenti 514/2014/UE e 1042/2014/UE, anche avvalendosi di organi istituzionali individuati sia a livello locale che centrale. Se a seguito dei controlli sulle spese rendicontate saranno accertate delle irregolarità sanabili, l'Amministrazione invierà, a mezzo PEC, un'apposita richiesta al Beneficiario o, in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila, con l'indicazione di un termine perentorio per presentare chiarimenti, integrazioni o modifiche tali da sanare le difformità riscontrate. In caso di mancata o insufficiente risposta alle richieste avanzate l'Amministrazione potrà applicare una penale fino al 5% del valore del progetto e riterrà inammissibile la relativa spesa;

Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, sarà informato con congruo anticipo delle decisioni dell'Autorità Responsabile in merito alle eventuali sanzioni finanziarie comminateli.

13.2 Nel caso in cui, nel corso dell'esecuzione delle attività progettuali, l'Amministrazione sia costretta ad applicare le sanzioni di cui al paragrafo che precede per un numero massimo di 3 volte, procederà, automaticamente, all'atto dell'applicazione della terza sanzione, alla revoca dell'intero finanziamento, senza necessità di ulteriore avviso, salvo in ogni caso il risarcimento del danno. La revoca è disposta con le medesime forme dell'assegnazione del contributo, con atto dell'Amministrazione che dispone, altresì, in merito alle procedure di recupero delle somme assegnate.

13.3 Ferma restando l'applicazione delle predette sanzioni pecuniarie, l'Autorità Responsabile può revocare in tutto o in parte il contributo erogato, nel caso di:



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

- a) rifiuto di collaborare, nell'ambito dei controlli, alle visite ispettive e in caso di mancata comunicazione delle variazioni di sede di cui al precedente art. 12;
- b) inadempimento all'obbligo di esecuzione delle attività e/o di trasmissione delle documentazioni di cui all'art. 8, spettanti al Beneficiario;
- c) interruzione o modifica, non previamente autorizzata, del progetto finanziato;
- d) inadempienza nell'attività di *reporting* (es. relazioni intermedie e finali) e/o di monitoraggio (qualitativo e quantitativo) e valutazione (in itinere ed ex post), e di rendicontazione delle spese (ivi inclusa la trasmissione dei giustificativi di spesa) sia sotto il profilo del mancato invio e sia sotto il profilo della non conformità della documentazione alle previsioni della presente Convenzione;
- e) difformità tra il progetto approvato e la realizzazione, sia in termini qualitativi che quantitativi, e/o difformità e scostamenti rispetto agli indicatori di cui al precedente art. 6;
- f) erogazione di servizi a favore di soggetti diversi da quelli previsti dal Programma Nazionale di riferimento, dalle disposizioni del Fondo e dal progetto;
- g) irregolarità contabili accertate in sede di controllo della rendicontazione o emerse in sede di controlli ispettivi;
- h) recesso non giustificato del Beneficiario dalla presente Convenzione;
- i) non veridicità di una o più dichiarazioni rilasciate in sede della presentazione della proposta;
- j) mancato rispetto delle regole di pubblicità di cui all'art. 15 e degli obblighi di cui all'art. 17;
- k) violazione - laddove applicabili - delle disposizioni di cui all'art. 3 della L. 136/2010;
- l) in tutti gli altri casi in cui la presente Convenzione prevede espressamente la revoca del contributo.

Anche nei casi di cui al presente paragrafo, la revoca è disposta dall'Autorità Responsabile con le medesime forme dell'assegnazione. Tale atto dispone, altresì, in merito al recupero delle somme che siano state eventualmente erogate indebitamente anche mediante l'escussione della fideiussione laddove presentata.

La revoca del contributo è quantificata percentualmente in termini proporzionali e congrui alla gravità della violazione di cui l'Amministrazione ritenga responsabile il Beneficiario.



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

- 13.4** Fermo restando quanto previsto nel presente articolo in merito all'applicazione delle sanzioni pecuniarie ed in merito alla facoltà di revocare il contributo, nei casi di cui alle lettere b), d), e), g) e k) del presente articolo, l'Autorità Responsabile, constatato l'inadempimento, concederà al Beneficiario un termine di 15 giorni per porre rimedio all'inadempimento contestato. Qualora il Beneficiario non ottemperi nel predetto termine, l'Autorità Responsabile procederà alla immediata risoluzione della presente Convenzione, senza necessità di previa diffida, dichiarando la propria volontà di avvalersi della presente clausola risolutiva, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c. mediante raccomandata A/R (o mezzo telematico equipollente).
- 13.5** Nei casi di cui alle lettere i) e j) del presente articolo, l'Autorità Responsabile procederà alla risoluzione di diritto della presente Convenzione ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c. dichiarando la propria volontà di avvalersi della presente clausola risolutiva mediante raccomandata A/R (o mezzo telematico equipollente).
- 13.6** Nel caso in cui una somma erogata al Beneficiario debba essere recuperata, lo stesso si impegna a restituire all'Autorità Responsabile la somma in questione nel termine concesso dall'Autorità Responsabile.
- Se la disposizione di recupero non è onorata nei tempi previsti, alla somma saranno aggiunti gli interessi legali ovvero quelli moratori al ricorrere dei relativi presupposti. Gli interessi sul ritardato rimborso saranno riferiti al periodo tra la data ultima prevista per il rimborso e la data in cui l'Autorità Responsabile riceve il completo pagamento della somma dovuta. Ogni rimborso, anche parziale andrà prioritariamente a copertura degli interessi e delle penali e successivamente della sorte capitale dovuta.
- Se i rimborsi non sono stati effettuati nel tempo fissato, le somme da restituire all'Autorità Responsabile potranno essere recuperate tramite compensazione diretta con le somme ancora dovute al Beneficiario, dopo averlo informato, tramite lettera raccomandata A/R (o mezzo telematico equipollente), o tramite l'escussione della garanzia fideiussoria presentata (qualora richiesta).
- 13.7** Resta inteso che qualora ricorrano ragioni di interesse pubblico che non consentano di differire il recupero delle somme alla scadenza del termine concesso, l'Autorità Responsabile potrà provvedere al recupero immediato, tramite compensazione diretta.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

- 13.8** Il Beneficiario o, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, a mezzo della sottoscrizione della presente, manifesta ora per allora il suo pieno ed incondizionato consenso alle modalità di compensazione sopra descritte.
- 13.9** L'Autorità Responsabile potrà anche avvalersi, per il recupero coattivo delle somme dovute dal Beneficiario o, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila, della procedura di riscossione per le entrate patrimoniali dello Stato, oltre alle procedure ordinarie applicabili al caso di specie.

Art. 14 Protezione dei dati

- 14.1** Tutti i dati personali contenuti nella presente convenzione, nonché quelli trasmessi dal Beneficiario all'Autorità Responsabile nell'esecuzione della convenzione medesima, saranno trattati dalle parti secondo la vigente normativa sulla Privacy, di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e al Regolamento UE 2016/679 esclusivamente per le finalità d'interesse pubblico connesse all'attuazione della presente convenzione.
- Il Beneficiario assume la veste di titolare del trattamento rispetto ai dati personali – diversi da quelli contenuti nella presente convenzione – di cui verrà in possesso nell'esecuzione del progetto e s'impegna, conseguentemente, al rispetto di tutti i pertinenti obblighi verso gli interessati, stabiliti dal richiamato Regolamento UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196/2003.
- 14.2** Il Beneficiario dovrà mettere in atto le necessarie misure atte a prevenire il furto, la perdita, la distruzione, l'indebita diffusione, la non autorizzata modificazione dei dati personali di cui effettui il trattamento, come pure a prevenire ogni diffusione illecita e ogni accesso non autorizzato alle informazioni sulla contabilità del progetto, ai dati relativi all'attuazione, necessari per la gestione finanziaria, il monitoraggio e il controllo.
- 14.3** Eventuali modifiche alle informazioni precedentemente trasmesse dal Beneficiario all'Autorità Responsabile relative alla contabilità del progetto, alla sua attuazione – necessarie per la gestione finanziaria, il monitoraggio e il controllo - dovranno essere comunicate unicamente ai soggetti che, nell'ambito della struttura dell'Autorità Responsabile, degli Organismi di controllo e delle Istituzioni comunitarie, hanno titolo ad accedere ai dati sensibili nell'esercizio delle loro funzioni.
- 14.4** Le parti dichiarano che i dati personali forniti sono esatti e corrispondono al vero esonerandosi reciprocamente da qualsivoglia responsabilità per errori materiali di





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

compilazione ovvero per errori derivanti da un'inesatta imputazione dei dati stessi negli archivi elettronici e cartacei.

- 14.5 Le parti s'impegnano, altresì, al rispetto di quanto previsto dall'Allegato Privacy alla presente convenzione.

Art. 15 Regole di pubblicità

- 15.1 È compito del Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, del Beneficiario Capofila e/o dei partner, informare il pubblico del contributo ricevuto dal Fondo. A tale scopo il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila si impegna a che i destinatari del progetto siano informati del finanziamento. Pertanto ogni documento riguardante il progetto dovrà riportare l'indicazione che il progetto è stato cofinanziato dal Fondo.
- 15.2 Le iniziative di pubblicità e comunicazione afferenti alla realizzazione del progetto, dovranno essere comunicate con congruo anticipo all'Autorità Responsabile, che potrà indicare tempi e modalità di attuazione, vincolanti per il Beneficiario.
- 15.3 Per ciò che concerne gli obblighi di pubblicità e informazione e relativamente alle modalità di attuazione di tali obblighi in capo al Beneficiario, si rimanda all'Allegato 1 sulle regole di pubblicità che è parte integrante della presente Convenzione.

Art. 16 Foro competente

- 16.1 Tutte le controversie che dovessero insorgere tra le Parti in relazione alla presente Convenzione, comprese quelle inerenti la sua validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione, saranno deferite alla competenza esclusiva del Tribunale di Roma.

Art. 17 Conflitto d'interessi

- 17.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o i partner di progetto, si impegnano a prendere ogni necessaria misura per prevenire ogni rischio, anche indiretto o potenziale, di conflitto di interesse che possa influire sulla corretta esecuzione, sull'imparzialità e l'obiettività della presente Convenzione.
- 17.2 Ogni situazione che costituisca o possa portare a conflitti d'interesse durante l'esecuzione delle attività, deve essere immediatamente comunicata all'Autorità Responsabile. Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila e/o i partner di progetto devono procedere senza alcun indugio alla rimozione delle situazioni di conflitto. L'Autorità





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Responsabile si riserva il diritto di verificare che le misure prese siano appropriate e di richiedere, se necessario, ulteriori azioni correttive. Nel caso la situazione di conflitto dovesse permanere, l'Autorità Responsabile revocherà il finanziamento ed applicherà le sanzioni previste dal precedente art. 13.

Art. 18 Proprietà e uso dei risultati

18.1 La proprietà di quanto realizzato in esecuzione della presente Convenzione, dei risultati delle azioni, dei progetti inclusi i nomi ed i loghi identificativi eventualmente utilizzati ed i diritti di proprietà intellettuale e industriale, dei documenti e dei report legati ad esse, sarà conferita al Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila ed a ciascun soggetto intervenuto nella realizzazione del progetto per quanto di rispettiva competenza. Posto quanto sopra, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, ciascun partner di progetto e soggetto Capofila, per quanto di rispettiva competenza, garantiscono all'Autorità Responsabile il diritto di utilizzare gratuitamente e liberamente e di concedere a terzi, quanto realizzato in esecuzione della presente convenzione, i risultati delle azioni, i diritti di proprietà intellettuale e industriale, i nomi ed i loghi identificativi eventualmente utilizzati i documenti ed i report legati ad esse, in modo da non violare alcuna disposizione in materia di riservatezza o diritti d'autore, di proprietà intellettuale e industriale esistenti.

18.2 Il Beneficiario, in caso di Raggruppamento il Beneficiario Capofila, garantisce che nello svolgimento del progetto non vengano violati diritti d'autore, di privativa e/o know how di terzi e dichiara di avere la piena disponibilità di nomi e/o marchi attribuiti al progetto e/o a parti di esso e/o ai risultati degli stessi e comunque a tutti gli output ad essi relativi. In caso contrario il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila si impegna a tenere indenne e manlevare l'Autorità Responsabile da ogni eventuale pretesa di terzi a qualsiasi titolo direttamente o indirettamente connessa all'utilizzo dei predetti nomi e/o marchi.

Art. 19 Riservatezza

19.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, ciascun partner di progetto nonché il soggetto Capofila, ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni, ivi comprese quelle che transitano per le apparecchiature di elaborazione dati, di cui venga in possesso e, comunque, a conoscenza, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma e di non



Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo, per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione della presente Convenzione e comunque per i cinque anni successivi alla cessazione di efficacia del rapporto contrattuale.

19.2 L'obbligo di cui al precedente articolo 19.1 sussiste, altresì, relativamente a tutto il materiale originario o predisposto in esecuzione della presente Convenzione; tale obbligo non concerne i dati che siano o divengano di pubblico dominio.

19.3 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento il Beneficiario Capofila è responsabile per l'esatta osservanza da parte dei propri dipendenti, consulenti e collaboratori, nonché degli eventuali terzi affidatari, degli obblighi di segretezza anzidetti.

19.4 In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza, l'Autorità Responsabile ha la facoltà di adottare le misure previste dall'Articolo 13, fermo restando che il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila sarà tenuto al risarcimento dei danni che dovessero derivare all'Autorità Responsabile.

19.5 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento il Beneficiario Capofila e ciascun partner di progetto, si impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dal D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy) s.m.i. e dal Regolamento UE 2016/679 ove applicabile.

Art. 20 Sospensione

20.1 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento il Beneficiario Capofila non può sospendere la realizzazione delle attività, salvo il caso fortuito ovvero le ipotesi di forza maggiore di cui all'art. 21 che segue e salvi gravi e comprovati motivi, prontamente comunicati, se ed in quanto valutati come tali dall'Autorità Responsabile.

20.2 L'Autorità Responsabile si riserva la facoltà di sospendere la Convenzione. In caso di sospensione non autorizzata da parte del Beneficiario si riserva la facoltà di sospendere ovvero di recedere dalla presente Convenzione, a norma dell'art. 22 che segue. Qualora l'Autorità Responsabile non si avvalga della menzionata facoltà il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento il Beneficiario Capofila dovrà riprendere l'esecuzione del progetto come inizialmente pianificato, una volta che le circostanze lo rendano possibile, e ne dovrà informare immediatamente l'Autorità Responsabile. In tal caso la durata del progetto potrà essere estesa compatibilmente con il periodo di ammissibilità del Programma Nazionale, previa autorizzazione scritta dell'Autorità Responsabile.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Art. 21 Forza maggiore

- 21.1** Per forza maggiore si intende ogni situazione imprevista ed eccezionale o ogni evento fuori dal controllo delle parti, che non permette il completamento delle prescrizioni della presente Convenzione, che non è imputabile a errore o negligenza e che le parti non avrebbero potuto prevedere o prevenire con l'esercizio dell'ordinaria diligenza. Difetti nelle forniture o nei materiali o ritardi nel loro reperimento, controversie di lavoro, scioperi o difficoltà finanziarie non possono essere considerati cause di forza maggiore.
- 21.2** Il Beneficiario che si trova nelle condizioni di forza maggiore deve informare l'Autorità Responsabile senza indugio tramite lettera raccomandata A/R (o PEC), indicando la tipologia, la durata probabile e gli effetti previsti e deve, comunque, porre in essere ogni sforzo per minimizzare le conseguenze dovute a cause di forza maggiore.
- 21.3** Nessuna delle parti della presente Convenzione può essere considerata inadempiente nel caso in cui riesca ad adempiervi per cause di forza maggiore.
- 21.4** In presenza di cause di forza maggiore l'esecuzione del progetto potrà essere sospeso secondo quanto previsto dall'art. 20.

Art. 22 Recesso dell'Autorità Responsabile

- 22.1** L'Autorità Responsabile può recedere unilateralmente e liberamente, in qualsiasi momento, senza preavviso, dalla presente Convenzione:
- (i) per giusta causa. Sono da intendersi per giusta causa a titolo esemplificativo e non esaustivo le seguenti circostanze:
- a) qualora sia stato depositato contro il Beneficiario un ricorso ai sensi della legge fallimentare o di altra legge applicabile in materia di procedure concorsuali, che proponga lo scioglimento, la liquidazione, la composizione amichevole, la ristrutturazione dell'indebitamento o il concordato con i creditori, ovvero nel caso in cui venga designato un liquidatore, curatore, custode o soggetto avente simili funzioni, il quale entri in possesso dei beni o venga incaricato della gestione degli affari del Beneficiario;
 - b) qualora si verifichi una qualsivoglia fattispecie che faccia venire meno il rapporto di fiducia sottostante la Convenzione;
 - c) in caso di sospensione ingiustificata delle attività da parte del Beneficiario;





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

d) per sopravvenute ragioni d'interesse pubblico ritenute particolarmente rilevanti dall'Autorità Responsabile;

22.2 Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila ha diritto al versamento del contributo per la quota parte di progetto realizzato (purché correttamente ed utilmente realizzato), rinunciando espressamente, ora per allora, a qualsiasi ulteriore eventuale pretesa, anche di natura risarcitoria, ed a ogni ulteriore indennizzo e/o rimborso di sorta, anche in deroga a quanto previsto dall'articolo 1671 cod. civ. laddove applicabile.

22.3 Nei casi di recesso dell'Autorità Responsabile, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila ha 60 giorni dalla data in cui il recesso dalla presente Convenzione ha effetto, come notificato dall'Autorità Responsabile, per produrre una richiesta finale di pagamento secondo le procedure previste dall'art. 10. Se non è inviata alcuna richiesta di pagamento nei termini previsti, l'Autorità Responsabile non erogherà alcuna somma per gli interventi previsti ed attuati fino alla data di esercizio del diritto di recesso, e recupererà ogni somma eventualmente già corrisposta, se non comprovata da idoneo documento o rendiconto finanziario.

22.4 L'Autorità Responsabile comunica la sua volontà di recedere dalla presente Convenzione mediante raccomandata A/R (o altro mezzo equipollente).

Art. 23 Rinuncia parziale e/o totale al contributo

23.1 In casi giustificati e dettagliatamente motivati, il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila può comunicare all'Autorità Responsabile la rinuncia parziale al contributo (anche mediante rimborso se già ottenuto) se ha effettuato prestazioni e attività superiori al 50% del costo totale del progetto e la rinuncia totale al contributo (anche mediante rimborso se già ottenuto) se ha realizzato prestazioni inferiori al 50% del costo totale del progetto.

23.2 L'Autorità Responsabile valuterà la richiesta di rinuncia parziale al contributo e potrà accettarla solo nel caso in cui la percentuale delle attività svolte (superiori comunque al 50%) siano funzionali all'obiettivo del progetto e comunque autonomamente utilizzabili; in caso contrario verrà richiesto al Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, al Beneficiario Capofila di rimborsare in tutto o in parte la somma già erogata.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Art. 24 Accordi ulteriori

- 24.1** Qualora ricorrano i presupposti di legge per la sottoposizione della presente Convenzione al controllo dell'Ufficio Centrale del Bilancio ovvero di altre Autorità di controllo, la Convenzione medesima vincolerà il Beneficiario dalla stipulazione e l'Amministrazione solo a partire dalla data di comunicazione dell'avvenuto positivo controllo (ovvero all'atto della maturazione del relativo, equivalente, silenzio-assenso). L'Amministrazione, in caso di necessità, potrà richiedere l'avvio delle attività prima dell'esito positivo del controllo ovvero, in caso di estrema necessità, prima della stipulazione della Convenzione stessa.
- 24.2** Per sopravvenute gravi ragioni di interesse pubblico, la presente Convenzione di Sovvenzione potrà essere sospesa, risolta, revocata o dichiarata inefficace in tutto o in parte.
- 24.3** Tutte le modifiche alla presente Convenzione saranno vincolanti per le parti solo qualora fatte per iscritto e debitamente sottoscritte dalle parti.
- 24.4** L'accordo ulteriore eventualmente sottoscritto, non può in ogni caso avere lo scopo o l'effetto di produrre cambiamenti alla Convenzione che possano mettere in discussione la decisione di finanziamento o porre in essere un iniquo trattamento delle parti.
- 24.5** L'Autorità Responsabile potrà modificare unilateralmente la presente Convenzione in conseguenza di esigenze sopravvenute di interesse pubblico. Il Beneficiario e, in caso di Raggruppamento, il Beneficiario Capofila che intenda proporre una modifica alla presente Convenzione, dovrà inviare una motivata richiesta scritta all'Autorità Responsabile non oltre un mese prima del termine di esecuzione del progetto.

FIRMA

(l'Autorità Responsabile)

FIRMA

(per il Beneficiario)

DATA

DATA



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

Il sottoscritto Nicola Lopane, quale legale rappresentante o eventuale delegato del Beneficiario dichiara di avere particolareggiata e perfetta conoscenza di tutte le clausole contrattuali e dei documenti ed atti ivi richiamati; ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., dichiara altresì di accettare tutte le condizioni e patti ivi contenuti e di avere particolarmente considerato quanto stabilito e convenuto con le relative clausole; in particolare dichiara di approvare specificamente le clausole e condizioni di seguito elencate: art. 1 (Oggetto, durata e importo massimo della Convenzione), art. 2 (Obblighi e Responsabilità), art. 3 (Composizione del contributo), art. 4 (Obiettivi del progetto e Destinatari), art. 5 (Budget del progetto e cronogramma), Art. 6 (Indicatori utilizzati), art. 7 (Affidamento degli incarichi), art. 8 (Attuazione della Convenzione), art. 9 (Definizione di costi ammissibili), art. 10 (Condizioni di erogazione della sovvenzione e i requisiti delle registrazioni contabili), art. 11 (Condizioni per la tracciabilità dei dati), art. 12 (Controlli), art. 13 (Sanzioni e revoche), art. 14 (Protezione dati), art. 15 (regole di pubblicità), art. 16 (Foro competente), art. 17 (Conflitto d'interessi), art. 18 (Proprietà e uso dei risultati), art. 19 (Riservatezza), art. 20 (Sospensione), art. 21 (Forza maggiore), art. 22 (Recesso dell'autorità Responsabile), art. 23 (Rinuncia parziale e/o totale al contributo), art. 24 (Accordi ulteriori).

FIRMA

(per il Beneficiario)

DATA





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Allegati alla Convenzione di Sovvenzione

Allegato 1 - Regole di pubblicità del Fondo

Allegato 2 - Modulo comunicazione Conti Correnti aggiuntivi

Allegato 3 - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196 del 2003 e art. 14 Reg. UE
2016/679





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Allegato 1 - Regole di pubblicità del Fondo

Regole Generali

Il Beneficiario Finale ha il compito di **informare** il pubblico dell'assistenza ricevuta dal Fondo, mediante le misure indicate di seguito nel documento. Il Beneficiario Finale deve affiggere una **targa permanente**, ben visibile e di cospicue dimensioni, entro tre mesi dalla data di completamento dei progetti rispondenti ai seguenti criteri⁷:

- a) contributo comunitario totale per il progetto superiore a € 100.000,00;
- b) locali dedicati esclusivamente allo svolgimento delle attività progettuali;
- c) operazione consistente nell'acquisto di un oggetto fisico o nel finanziamento di progetto d'infrastrutture o di costruzione.

Nella targa sono indicati il **tipo** e la **denominazione** del progetto. Inoltre le informazioni di seguito descritte occupano almeno il 25 % della targa:

- a) il logo dell'Unione Europea, conforme alle norme grafiche di seguito indicate, e il riferimento all'Unione Europea;
- b) il riferimento al Fondo.

Ogni documento riguardante i progetti, compresi i certificati di frequenza o di altro tipo, comprende una **dichiarazione** indicante che il progetto è stato **cofinanziato dal Fondo**.

L'Autorità Responsabile acquisisce, secondo quanto disciplinato all'art. 18 della Dichiarazione, il libero diritto di utilizzo di tutto quanto prodotto in esecuzione della presente Dichiarazione. I menzionati diritti devono intendersi acquisiti dall'Autorità Responsabile in modo perpetuo, illimitato e irrevocabile.

Norme concernenti l'utilizzo da parte del Beneficiario Finale dei loghi dell'Unione Europea e del Ministero dell'Interno

Relativamente all'apposizione di loghi dell'Unione Europea e del Ministero dell'Interno, è necessario richiedere con congruo anticipo l'approvazione per un eventuale utilizzo degli stessi indirizzando una e-mail a fami@pecdci.interno.it.

⁷Condizioni a) e b).



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

I Beneficiari che desiderano utilizzare il logo, nella forma e nelle modalità autorizzate dall'Autorità Responsabile, possono farlo gratuitamente purché rispettino le seguenti condizioni:

- i loghi non possono essere utilizzati per scopi, attività o manifestazioni incompatibili con i principi e con gli obiettivi del Fondo. I loghi non possono essere riprodotti in nessun caso per fini illeciti e contrari al buon costume;
- l'utilizzo non deve dar adito a confusione fra l'utilizzatore e le istituzioni coinvolte. A tal fine nessun altro marchio di fabbrica, marchio di servizio, simbolo, disegno o denominazione commerciale può essere utilizzato insieme ai loghi;
- i loghi non possono essere utilizzati a fini commerciali. Chiunque intenda riprodurre i loghi nell'ambito delle proprie attività è autorizzato a farlo a condizione che tale uso sia effettuato a titolo gratuito e non sia oggetto di alcun valore aggiunto con possibili ripercussioni sui cittadini italiani ed europei. L'Autorità Responsabile autorizza in particolare la riproduzione del logo su qualsiasi oggetto destinato a promuovere le attività finanziate dal Fondo;
- l'utilizzo deve essere compatibile con le norme vigenti in materia di tutela dei diritti d'autore e non deve violare i diritti morali o patrimoniali dell'autore né i diritti ceduti da quest'ultimo all'Autorità Responsabile;
- l'utilizzatore si impegna a rispettare la rappresentazione visiva dei loghi stabilita dall'Autorità Responsabile. Sono consentite solo le modifiche espressamente autorizzate dall'Autorità Responsabile;
- la presente autorizzazione d'uso non conferisce all'utilizzatore alcun diritto sui loghi né la facoltà di reclamare alcun diritto;
- l'utilizzatore non può registrare né chiedere la registrazione, in nessun paese dell'Unione Europea, di alcun marchio o denominazione contenente i loghi o somigliante ai loghi al punto tale da risultare ingannevole o da indurre confusione.





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Istruzioni riguardanti il logo dell'Unione Europea e definizione dei colori standard

Nella tabella seguente viene riportata la descrizione grafica del logo cui fare riferimento per ogni utilizzo dello stesso (sia esso in formato cartaceo, elettronico o altro).

Il logo	
Sullo sfondo blu del cielo, una corona di dodici stelle dorate rappresenta l'unione dei popoli europei. Il numero delle stelle, invariabile, è simbolo di perfezione e unità	
Descrizione araldica	
Un cerchio composto da dodici stelle dorate a cinque punte, non contigue, in campo azzurro.	
Descrizione geometrica	
Il logo è costituito da una bandiera blu di forma rettangolare, la cui base (il battente della bandiera) ha una lunghezza pari a una volta e mezza quella dell'altezza (il ghindante della bandiera). Dodici stelle dorate sono allineate ad intervalli regolari lungo un cerchio ideale il cui centro è situato nel punto d'incontro delle diagonali del rettangolo. Il raggio del cerchio è pari a un terzo dell'altezza del ghindante. Ogni stella ha cinque punte ed è iscritta a sua volta in un cerchio ideale, il cui raggio è pari a 1/18 dell'altezza del ghindante. Tutte le stelle sono disposte verticalmente, cioè con una punta rivolta verso l'alto e due punte appoggiate direttamente su una linea retta immaginaria perpendicolare all'asta. Le stelle sono disposte come le ore sul quadrante di un orologio e il loro numero è invariabile.	

Nella tabella seguente vengono riportate le specifiche tecniche dei colori del logo cui fare riferimento per ogni utilizzo dello stesso (sia esso in formato cartaceo, elettronico o altro).

I colori regolamentari	
I colori del logo sono i seguenti: PANTONE REFLEX BLUE per l'area del rettangolo; PANTONE YELLOW per le stelle. La gamma internazionale PANTONE è largamente diffusa e di facile consultazione, anche per i non addetti al settore grafico.	
Riproduzione in quadricromia	
In caso di stampa in quadricromia non è possibile utilizzare i due colori standard. Questi saranno quindi ottenuti per mezzo dei quattro colori della quadricromia. Il PANTONE YELLOW si ottiene con il 100% di "Process Yellow". Mescolando il 100% di "Process Cyan" e l'80% di "Process Magenta" si ottiene un blu molto simile al PANTONE REFLEX BLUE.	
Riproduzione in monocromia	
Se si ha a disposizione solo il nero, delimitare con un filetto di tale colore l'area del rettangolo e inserire le stelle nere in campo bianco. Nel caso in cui si possa utilizzare come unico colore il blu (ovviamente il "Reflex Blue"), usarlo al 100% per lo sfondo e ricavare le stelle in negativo (bianche).	
Riproduzione su Internet	
PANTONE REFLEX BLUE corrisponde al colore RGB:0/51/153 (esadecimale: 003399) e il PANTONE YELLOW al colore RGB:255/204/0 (esadecimale: FFCC00).	
Riproduzione su fondi colorati	
Il logo va riprodotto preferibilmente su sfondo bianco. Evitare gli sfondi di vario colore e comunque di tonalità stridente con il blu. Nell'impossibilità di evitare uno sfondo colorato, incorniciare il rettangolo con un bordo bianco di spessore pari a 1/25 dell'altezza del rettangolo.	





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Uso da parte di terzi del logo dell'Unione Europea

L'uso del simbolo europeo è subordinato alle seguenti condizioni:

- non deve creare confusione tra l'utilizzatore e l'Unione europea o il Consiglio d'Europa;
- non deve essere legato ad obiettivi o attività incompatibili con i principi e gli scopi dell'Unione Europea e del Consiglio d'Europa.

L'autorizzazione ad usare il simbolo europeo non conferisce alcun diritto d'esclusiva, non permette l'appropriazione di tale simbolo o di un marchio o logotipo simile, sia a mezzo di deposito registrato sia in qualsiasi altro modo. Ogni caso sarà esaminato individualmente per verificare il rispetto dei suddetti requisiti. L'autorizzazione non sarà concessa qualora il simbolo sia utilizzato a fini commerciali congiuntamente al logotipo, nome o marchio di una società.

Eventi, manifesti e pubblicazioni (incluso quelle elettroniche)

Nel caso si organizzino eventi quali workshop, seminari e conferenze di presentazione occorre richiedere all'Autorità Responsabile l'approvazione preventiva per un'eventuale partecipazione. A fronte di tale approvazione, è necessario esporre all'interno della sala dove l'evento ha luogo la **bandiera dell'Unione Europea e della Repubblica Italiana**.

Per quanto riguarda la realizzazione di materiali correlati all'evento (inviti, badge, fondali, cartelline, ecc...), di manifesti e di pubblicazioni in generale (brochure, comunicati stampa, lettere d'informazione, dépliant, ecc.), è necessario concordare con l'Autorità Responsabile il formato grafico e le specifiche tecniche del materiale prodotto (cartaceo, audiovisivo o digitale).

Nello specifico, il materiale prodotto deve riportare quale intestazione:

- il **logo dell'UE** riportando la dicitura **"Progetto co-finanziato dall'Unione Europea"** (in alto a sinistra);
- il **logo del Ministero dell'Interno**, riportando la dicitura **"Ministero dell'Interno"** (in alto a destra);
- il riferimento al **Fondo** (immediatamente sotto ai due loghi).





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Esempio



Nel caso di pubblicazioni, produzione di materiale audio e/o video (ad esempio cd e dvd), lo schema di cui sopra dovrà essere riportato in copertina. Nel caso di realizzazione di siti Web, lo stesso dovrà comparire nell'intestazione della home page.

Inoltre, per la realizzazione di siti Web, la produzione di CD-Rom o di pubblicazioni digitali, è necessario attivare un collegamento ipertestuale al sito Web della **Commissione europea** (http://ec.europa.eu/index_it.htm) e del **Ministero dell'Interno** (<http://www.interno.it>) attraverso i relativi loghi.

In presenza di loghi istituzionali (nazionali, regionali, locali), occorre che:

- tutti i loghi istituzionali presenti siano disposti sulla stessa linea orizzontale ideale;
- il logo dell'UE sia sempre posizionato alla sinistra di tutti i loghi presenti;
- il logo del Ministero dell'Interno sia sempre posizionato alla destra di tutti i loghi presenti;
- il logo dell'UE e quello del Ministero dell'Interno non siano di dimensioni inferiori a quelle di tutti gli altri loghi presenti.

Inoltre, in caso di ridotto spazio a disposizione, ci si può limitare a includere il solo logo del Ministero dell'Interno unitamente al logo dell'Unione Europea senza le suddette diciture.

Esempio



Al fine di soddisfare ulteriori esigenze informative, il **Beneficiario Finale** può inserire il proprio **logo e nominativo** (in caso di raggruppamento, i loghi e i nominativi del Beneficiario Capofila e dei Partner di Progetto), a piè di pagina del materiale prodotto.

Riferimenti

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Tutti i loghi da utilizzare, secondo le indicazioni di cui sopra, sono reperibili sui seguenti siti internet:

- Logo Unione Europea: http://europa.eu/abc/symbols/emblem/download_it.html ;
- Logo Ministero dell'Interno: www.interno.gov.it

Documentazione di riferimento

- Art. 53 del Regolamento (UE) N. 514/2014
- Regolamenti UE N. 1048/2014 e 1049/2014





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

La compilazione del presente modulo non dovrà essere effettuata nel caso in cui il Beneficiario (e, in caso di raggruppamento, il Beneficiario Capofila) sia un soggetto di natura pubblica. Tuttavia, lo stesso in caso di affidamento di parte delle attività a soggetti privati è tenuto ad inserire nel contratto di subappalto clausole che prevedano il rispetto della legge 136/2010.

Allegato 2 - Modulo comunicazione Conti Correnti aggiuntivi

(rispetto a quanto previsto dall'art.10 della Convenzione ai sensi della normativa relativa alla "Tracciabilità dei flussi finanziari" Dichiarazione sostitutiva ai sensi D.P.R. 445/2000 e della Legge 136/2010)

Il/La sottoscritto/a [] nato/a a [] il 00/00/0000, , nella qualità di legale rappresentante del Beneficiario (e, in caso di raggruppamento, Beneficiario Capofila) di cui infra:

- Ragione Sociale: []
- Codice Fiscale / Partita I.V.A.: []
- Indirizzo: []

con la presente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art.3 della legge n.136/2010, relativi ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore dell'Amministrazione in indirizzo,

Dichiara:

1. che gli estremi identificativi del conto corrente "dedicato" ai pagamenti dei contratti stipulati con l'Amministrazione sono:

Estremi identificativi

- Codice IBAN: in caso di enti privati []
- Numero del Conto di Tesoreria Unica: In caso di Enti Pubblici Locali []
- Banca: []
- Nome dell'intestatario del conto: []
- Data di apertura del conto o di dedizione alla commessa: []

Generalità persone delegate ad operare:

- Nome e Cognome: []
- C.F. []



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

- Luogo e data di nascita [redacted]
- Residente a [redacted] in [redacted]

- Nome e Cognome: [redacted]
- C.F. [redacted]
- Luogo e data di nascita [redacted]
- Residente a [redacted] in [redacted]

- Nome e Cognome: [redacted]
- C.F. [redacted]
- Luogo e data di nascita [redacted]
- Residente a [redacted] in [redacted]

(si precisa che in caso il Beneficiario utilizzi ulteriori conti correnti e altre persone siano delegate ad operare su tali conti, vige l'obbligo di comunicarli tutti)

2. di essere a conoscenza degli obblighi a proprio carico disposti dalla legge 136/2010 e di prendere atto che in caso di affidamento il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, oltre alle sanzioni specifiche, comporta la nullità assoluta del contratto, nonché l'esercizio da parte dell'Amministrazione della facoltà risolutiva espressa da attivarsi in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
3. che in caso di affidamento da parte dell'Amministrazione di appalti di lavori, servizi e forniture di cui al comma 1 art.3 Legge 136/2010, si provvederà ad assolvere agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari prescritti verificando che nei contratti sottoscritti con i subappaltatori e i subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate ai lavori, servizi e forniture suddetti sia inserita, a pena nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge sopra richiamata;
4. che procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente l'Amministrazione e la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo territorialmente competente, qualora venisse a conoscenza dell'inadempimento della propria controparte rispetto agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui di cui all'art. 3 legge 136/2010;



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

5. che qualora nel prosieguo della procedura di selezione e/o nel corso del rapporto contrattuale si dovessero registrare modifiche rispetto ai dati di cui sopra, si impegna a darne comunicazione alla Stazione Appaltante, entro 7 giorni.
6. che, se previsto in relazione all'oggetto, ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari, gli strumenti di pagamento devono riportare, in relazione a ciascuna transazione posta in essere dalla stazione appaltante e dagli altri soggetti di cui al comma 1 della L. 136/2010, il codice identificativo di gara (CIG), attribuito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) su richiesta dell'Amministrazione e, ove obbligatorio ai sensi dell'articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, il codice unico di progetto (CUP).
7. di autorizzare al trattamento e l'utilizzo dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003 s.m.i. e del Reg. Ue 2016/679, .





Convenzione di Sovvenzione
FAMI



MINISTERO
DELL'INTERNO

Allegato 3 - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196 del 2003 e art. 14 Reg. UE 2016/679

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e art. 14 Reg. UE 2016/679, si informa l'interessato:

- a) che il titolare del trattamento dei dati personali contenuti nella presente convenzione è l'Autorità Responsabile del Fondo, che può essere contattata ai seguenti recapiti: email fami@interno.it ; pec fami@pecdici.interno.it tel 06-4651.
- b) che i dati saranno trattati esclusivamente per dare corso alla procedura oggetto della presente convenzione, per erogare i relativi finanziamenti, nonché per consentire l'espletamento di tutti i controlli e le attività di monitoraggio/audit previste dalla normativa vigente;
- c) che i dati personali trattati da questa Autorità Responsabile non configurano, normalmente, dati particolari di cui all'art. 9 del Reg. UE 2016/679. Nondimeno, laddove l'interessato trasmetta dati riconducibili alle categorie di cui al suddetto art. 9, questa Autorità porrà in essere tutte le misure preordinate alla loro protezione, conservazione, nonché ad impedirne l'indebita diffusione a terzi non autorizzati al trattamento;
- d) il trattamento dei dati e la loro conservazione saranno effettuati per il tempo necessario a consentire l'espletamento delle attività di cui alla precedente lettera b), oltre che quelle ulteriori previste dalla normativa applicabile. La base giuridica del trattamento è costituita dall'adempimento degli obblighi prescritti dalla normativa nazionale e comunitaria che disciplina il Fondo, nonché dall'interesse legittimo del soggetto beneficiario del finanziamento;
- e) i dati ricevuti saranno trattati mediante strumenti cartacei e informatici e saranno conservati presso gli archivi dell'Autorità Responsabile, con sede in Roma, Piazza del Viminale. Tali dati potranno:
- essere trasmessi a soggetti pubblici/pubbliche Autorità nazionali e/o comunitarie per l'espletamento dei controlli previsti dalla legge, ovvero in ragione delle competenze specifiche di tali soggetti ;
 - essere trasmessi a terzi che abbiano fatto richiesta di accesso agli atti e ai documenti della procedura, ove a ciò legittimati e previo dispiegamento delle garanzie procedurali a tutela dei controinteressati, ove previste dalla normativa applicabile.



**Convenzione di Sovvenzione
FAMI****MINISTERO
DELL'INTERNO**

Nel caso di trasmissione dei dati ad organismi facenti parte o comunque riconducibili all'Unione Europea, aventi sede al di fuori dei confini nazionali, saranno adottate tutte le prescritte misure di carattere tecnico per garantire l'integrità e la riservatezza dei dati stessi e per prevenirne la distruzione e/o l'indebita diffusione.

f) l'interessato ha diritto a chiedere a questa Autorità la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano, ovvero di manifestare la sua opposizione al trattamento medesimo, con l'avvertimento che ciò potrebbe comportare l'impossibilità per questa Autorità di erogare il finanziamento, fermo restando l'eventuale diritto alla risoluzione del contratto, ove applicabile;

g) l'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante della Privacy ove ritenga che siano state commesse infrazioni al Codice di cui al D. Lgs. n. 196/2003 ovvero al Reg. UE n. 679/2016;

h) l'interessato ha diritto di richiedere a questa Autorità copia dei suoi dati personali, dalla stessa trattati o comunque detenuti, anche mediante trasmissione degli stessi in formato digitale di uso comune. Tale diritto è gratuito, salvo il pagamento a titolo di contributo, ai sensi dell'art. 15, comma 3, Reg. UE 679/2016, di un importo determinato in relazione al numero di copie richieste in formato cartaceo.

i) il Beneficiario assume la veste di titolare del trattamento con riferimento ai dati personali dei destinatari di progetti e/o di altri soggetti terzi, raccolti nell'esecuzione della presente convenzione. In tale ipotesi, il Beneficiario garantisce la conformità dei processi di trattamento e delle relative misure di sicurezza alla normativa vigente in materia di privacy.

Mediante sottoscrizione della suesposta convenzione il Beneficiario dichiara di aver compreso integralmente il contenuto della presente informativa e presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano, impegnandosi a rendere disponibile l'informativa medesima a tutte le persone fisiche, riconducibili al Beneficiario medesimo, i cui dati personali siano stati trasmessi a questa Autorità per adempiere agli obblighi discendenti dalla convenzione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 881

APPROVAZIONE SCHEMA TIPO - ACCORDO CONTRATTUALE EX ART. 8 QUINQUIES DEL D.L. VO 502/92 E SS.MM.II. – STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) -

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie E Governo dell'offerta riferisce quanto segue:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, così come modificata dalla L.R. n.9/2017, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.
- Con la delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (*Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida*), la Giunta Regionale ha regolamentato i criteri per le Aziende Sanitarie Locali, per definire, con le strutture private accreditate, gli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e s.m.i..
- La L. R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il *"Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012"*. Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.
- con provvedimento n. 673/2019, è stata adottata la deliberazione avente ad oggetto : " Modifica ed integrazione della DGR 1494/2009 e revoca dei provvedimenti giuntali: DGR n. 981/2016; DGR n. 910/2017. Determinazione dei criteri di ripartizione del fondo unico di remunerazione anno 2019 per pazienti residenti nella Regione Puglia ed extraregionali - : STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) -";
- la revoca della DGR n. 981/2016, disposta con DGR n. 673/2019, di fatto, ha comportato la revoca dello schema tipo - dell'accordo contrattuale, frutto anche delle risultanze emerse dal confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura (consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016), in ottemperanza all'art. 21 co. 2 della L.R. 02/05/2017 n. 9, ed in conformità all'art.8 quinquies co.2 del D.L.vo. n.502/92, nonostante il superamento "dell'autovincolo" imposto dai punti 12 e 13 della DGR 1494/2009, espunti con la DGR n. 981/2016 e con DGR n. 673/2019;
- al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale le disposizioni relative all'attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, distinti per disciplina, si rende necessario riproporre e confermare-ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92, così come modificato dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133", lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero dal settore privato, già predefinite dalle stesse AA.SS.LL in termini di volumi e di tipologie, in relazione al proprio fabbisogno. Lo schema tipo proposto di cui all'allegato A) è conforme a quello già utilizzato per gli anni 2016,2017 e 2018, con i correttivi rivenienti dalla disapplicazione del c.d. algoritmo a seguito della revoca delle DGR n. 981/2016 e DGR n. 910/2017;

Si propone :

- la conferma della modifica introdotta **all'art. 1 co. 5 allegato A)** circa la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20%, comunque nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, elaborati con le rispettive AA.SS.LL e di seguito riportati :
 - a) Area cuore (cardiochirurgia. Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;

- b) Area chirurgica;
- c) Area medica;
- d) Area materno- neonatale
- e) Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
- f) Area dell'emergenza urgenza

Resta inteso che lo scorrimento delle risorse costituisce una esigenza del committente e non già dell'erogatore. Le eventuali liste d'attesa da parte degli erogatori, vanno documentate con le allegare prescrizioni;

- di prevedere che, la inappropriata erogativa, accertata dalla ASL a fine esercizio, costituisca una penalità per la casa di cura da scontarsi sull'esercizio successivo. Tali risorse comunque, non realizzano una economia di gestione, ma dovranno essere riallocate dalle ASL per l'acquisto delle prestazioni che incidono sulla mobilità passiva;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio annuale redatto secondo i principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità - ;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte;
- di confermare la non applicabilità del limite massimo dello scorrimento del 20% nei confronti delle strutture dotate di pronto soccorso, tenuto conto che le stesse, in ragione della loro funzione legate all'emergenza-urgenza, possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente.
- di confermare la modifica introdotta **all'art. 1 co. 9 allegato A)** il cui testo sarà così ritrascritto:
" L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : Gennaio - Aprile, Maggio - Agosto, Settembre- Dicembre".
- di confermare il contenuto della clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultimo sentenze C.d.S n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019).

Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra committenti ed erogatori.

COPERTURA FINANZIARIA Lr. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale
--

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P. e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

1. per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016, in ottemperanza all'art. 21 co. 2 della L.R. 02/05/2017 n. 9, ed in conformità all'art.8 quinquies co.2 del D.L.vo. n.502/92, stante il superamento "dell'autovincolo" imposto dai punti 12 e 13 della DGR 1494/2009, espunti con la DGR n. 981/2016 e confermati dalla DGR n. 673/2019;
2. in ottemperanza all'art. 21 della L.R. 02/05/2017 n. 9, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009, limitatamente alla determinazione dei criteri;
3. Di prendere atto e conseguentemente di approvare, il testo del contratto tipo allegato A), composto da n. 11 pagine, che tiene conto delle modifiche già concordate con le OO.RR. datoriali e riportate nella parte narrativa, e che ad ogni buon conto risulta essere conforme a quello già utilizzato per gli anni 2016, 2017 e 2018, con i correttivi rivenienti dalla disapplicazione del c.d. algoritmo, cancellato, con la revoca delle DGR n. 981/2016 e DGR n. 910/2017;
4. di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere accordi contrattuali con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di "contratto tipo". I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli;
5. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 10/5/2019, dandone successiva comunicazione al Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, circa l'avvenuta o mancata sottoscrizione;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI XXXXXXXXXX

TRA

E

PREMESSO

CASE DI CURA ACCREDITATE	COD. DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L.
		TOTALE POSTI LETTO	

- ## RICHIAMATI

Pagina 1 di 11
Il presente allegato si
compone di n. 11 pagine



ALL. A)

- la Legge Regionale n° 14 del 4 agosto 2004 ed , in particolare l'art. 24 della stessa;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Legge Regionale n° 1 del 12 gennaio 2005;
- L'art. 16 e 17 della Legge Regionale n° 26/2006 (incremento delle tariffe relativo ai DRG);
- la Legge Regionale n° 40 del 31 dicembre 2007;
- la Legge Regionale n° 1 del 19 febbraio 2008
- la Legge Regionale n° 34 del 31 dicembre 2009;
- artt. 4 e 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010.
- l'art. 3 della L.R. 24 settembre 2010 n.12;
- la L.R. 9 febbraio 2011 n. 2;
- il D.L. 6 luglio 2012, n. 95;
- la Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192;
- la Delibera di Consiglio Regionale 8 Marzo 1995 n. 995 e successive modificazioni;
- la D.G.R. n° 1464 del 3 ottobre 2006 (in attuazione del D.M. del 21/11/2005);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1621 del 30 ottobre 2006 (DIEF – per l'anno 2006);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1400 del 3 agosto 2007 (DIEF – per l'anno 2007);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 95 del 31 gennaio 2008 (DIEF – per l'anno 2008);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 397 del 25 marzo 2008;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.1101 del 23 giugno 2009;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1442 del 4 agosto 2009 (DIEF – per l'anno 2009);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi Contrattuali anno 2009 – Linee Guida);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 523 del 23 febbraio 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 728 del 15 marzo 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2252 del 26 ottobre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2624 del 30 novembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2866 del 20 dicembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 433 del 10 marzo 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 633 del 10 aprile 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2990 del 29 dicembre 2011;
- la delibera di Giunta Regionale n° 240 del 18/02/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 951 del 13/05/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 1304 del 09/07/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 1202 del 18/06/2014;
- la delibera di Giunta Regionale n° 673/2019;

IN APPLICAZIONE

- dei criteri stabiliti dalla Regione Puglia, nonché della disciplina legislativa e regolamentare, di cui alla normativa in premessa richiamata, riferita all'erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal settore privato con spesa da porre a carico del SSR, nei limiti dei tetti di spesa stabiliti a livello Regionale e Aziendale.
- della programmazione in materia di ricovero ospedaliero, resa attraverso Strutture private ed istituzionalmente accreditate per l'anno **XXXXXX**, tenuto conto del fabbisogno di prestazioni, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e delle azioni di depotenziamento e razionalizzazione disposte dalla Direzione Strategica della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di **XXXXXXXXXX**.

SI STIPULA

Il presente **contratto**, con validità per l' **anno XXXX** che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di ricovero ospedaliero, comprensive delle



ALL. A)

prestazioni di day service autorizzate, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL e del SSR.

ART. 1

**Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione
per prestazioni erogate verso residenti della Puglia**

- 1) La ASL committente, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla Deliberazione n..... del..... con la quale ha determinato il fondo unico di remunerazione Aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero, da strutture private accreditate, ed in considerazione dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie elaborata dalla struttura aziendale ~~XXXXXXXXXXXXXX~~, nonché della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), acquista dall'Erogatore, il pacchetto di prestazioni individuate per disciplina, tipologia e per DRGs. di classificazione, così come richiamati nel prospetto sinottico del successivo punto 3) che rappresenta il Piano delle Prestazioni di cui al successivo art. 2, stabilito con i criteri riportati nella normativa disposta dalla Regione Puglia
- 2) Il limite massimo globale di spesa fissato con i criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009 e con le modalità previste dalla DGR 673/2019, nel rispetto del fabbisogno e come analiticamente richiamato nella Deliberazione aslina n° ~~XXXXXXXXXXXXXX~~ è pari complessivamente a € ~~XXXXXXXXXXXXXX~~, in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata, ripartita secondo la seguente matrice ed al netto del valore delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale :

CASE DI CURA ACCREDITATE	COD. DISC.	DISCIPLINA	P.L.	INDICE DI VALORIZZAZIONE DEL POSTO LETTO	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE NELL'ANNO XXXXXX (D.G.R. N° 1494/2009 e DGR 673/2019)
				Da non compilare stante la conferma per l'anno 2019 dei valori economici assegnati negli anni 2016/2017/2018	
TOTALE POSTI LETTO					

- 3) Per l'anno ~~XXXX~~, la ASL committente, sulla base dei criteri di cui alla deliberazione n..... del ha deciso di acquistare dall'Erogatore i seguenti DRGs. suddivisi per singola disciplina:

Tipo	DRG	Denominazione
C		
M		

- 4) in conformità all'art. 20 - comma 3 della L.R. n° 34/2009, tale tetto deve intendersi comprensivo del materiale protesico. A tale riguardo, ai fini della remunerazione delle



ALL. A)

prestazioni per le quali è contemplato l'impianto di endoprotesi, occorre far riferimento alla deliberazione di G.R. n. 951/2013 e successiva integrazione e modifica giusta DGR 1304/2013, le quali hanno stabilito le relative tariffe.

- 5) Il limite finanziario ripartito per ogni singola disciplina, di cui al precedente punto 2), può intendersi modificabile, esclusivamente, a seguito di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, nei limiti massimi del 20% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola disciplina e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :
 - 1) - Area cuore (cardiochirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.): in presenza della sola Cardiologia rientra in area medica;
 - 2) - Area chirurgica;
 - 3) - Area medica;
 - 4) - Area materno- neonatale
 - 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
 - 6) - Area dell'emergenza urgenza

Tale limite non si applica alle strutture dotate di pronto soccorso tenuto conto che le stesse possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente.

- 6) Nel rispetto delle tipologie di assegnazioni e del pacchetto di prestazioni contrattualizzate come dai prospetti allegati, si concorda la possibilità di una oscillazione del **20%**, per i DRGs. concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati, purché gli elementi di giustificazione siano rilevabili dalla cartella clinica.
- 7) L'attività dell'Erogatore deve essere necessariamente commisurata in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché al rispetto dell'indice occupazionale di ogni singola disciplina rapportato ai fabbisogni preventivamente individuati. Nel caso di acquisto della massima potenzialità erogativa (100%), i ricoveri che superano il 100% dell'indice occupazionale pro-die non saranno ammessi alle procedure di liquidazione e costituiranno valutazione non positiva per l'erogatore, sanzionabile nel rispetto delle prescrizioni di cui al co. 2 dell'art. 26 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.
- 8) Le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo continuativo o diurno, erogate in eccedenza al tetto di spesa invalicabile di remunerazione distinto per disciplina e tipologia, non sono riconosciute, e quindi non sono a carico del SSR, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 24/9/2010 n. 12.
- 9) L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini. Inoltre, dovrà garantire la corretta gestione delle liste d'attesa e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio – Aprile, 2) Maggio – Agosto, 3) Settembre - Dicembre”.

ART. 2
**Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni,
Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini**

L'Erogatore, in esecuzione dell'art.1, con la sottoscrizione del presente contratto, si obbliga:

- 1) a garantire il piano delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale (di cui al precedente punto 3) dell'art. 1), nonché la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, oltre alla corretta gestione delle liste d'attesa;
- 2) ad uniformare le modalità organizzative con le quali intende erogare dette prestazioni nei diversi mesi dell'intero anno, nel rispetto di quanto richiamato al punto 8) dell'art.1;
- 3) al rispetto delle disposizioni tecniche e organizzative stabilite dalla Regione e dalla Azienda Sanitaria Locale ai fini dell'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica ai sensi del D.M. 2/11/2011 e del D.L. 179/2012, convertito con



ALL. A)

modificazioni con L. 221/2012, fatte salve le eventuali modificazioni ed integrazioni che dovessero intervenire in materia di sanità digitale;

- 4) a garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR e finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2015 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2016, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2016.
- 5) ad accettare la possibilità che il citato piano di cui al precedente punto 3) art. 1), a seguito delle mutate esigenze della Asl committente, previa comunicazione formale e motivata da parte di quest'ultima, possa subire nel corso dell'anno **XXXX**, modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art. 1).
- 6) Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della Azienda ASL di appartenenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione. Dette registrazioni dovranno essere rese disponibili per la eventuale visione da parte della Azienda ASL, nel rispetto dei principi di riservatezza e/o per essere alla stessa trasmesse per via telematica, secondo le modalità comunicate dalla stessa Azienda Sanitaria Locale.
- 7) L'Erogatore è tenuto ad apporre, nel vano di ingresso della Casa di Cura, presso il punto di informazione, idonea informativa nei confronti dei cittadini circa la possibilità per gli stessi di fruire di prestazioni con oneri a carico del SSR rivolgendosi ad altre Strutture pubbliche o private.
- 8) E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico di pazienti solventi. Qualora il tetto spesa mensile sia già stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata - il posto letto accreditato-, potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato.

ART. 3

Tetto di remunerazione a tariffa intera e con regressione tariffaria su base annua e per frazione mensile per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Puglia

- 1) L' Azienda ASL **XXXXXXXXXX**, si impegna a remunerare le prestazioni di ricovero per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 2, accettato dall'Erogatore, riferito ai residenti della Regione Puglia.
- 2) L' Azienda ASL **XXXXXXXXXX**, retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'Erogatore, anche mediante l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n° 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni sono remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera", corrispondente all'80% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina così come di seguito si riporta:

COD	Disciplina	PL	TETTO ANNUO DI REMUNERAZIONE A TARIFFA INTERA : MONTANTE PER DISCIPLINA



ALL. A)

- 3) E' fatto obbligo per l'Erogatore, al raggiungimento del tetto di remunerazione a tariffa intera, fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente comma 2, applicando la regressione del 15%.

ART. 4

**Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di
residenti al di fuori della Puglia**

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia, al di fuori del tetto di spesa assegnato e dei vincoli di cui all'art. 2 co. 1), con assoggettamento alla scontistica prevista dal co. 2 dell'art. 3, che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.
2. L'erogatore è consapevole che le liquidazioni per i pazienti extraregionali, potranno avvenire nei limiti dei valori economici determinatasi in ogni singola Azienda nel corso dell'anno 2015, come da schema allegato A) alla DGR 673/2019, con i criteri richiamati nella parte espositiva della stessa, con riferimento al punto 7) lett. a) e b).
3. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori dalla Puglia sono riconoscibili ove la Azienda ASL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
4. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 1, comma 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
5. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
6. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui ai precedenti commi 1,2 e 3.
7. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei limiti dei volumi e delle tipologie di cui all'art. 1 co. 2) e co. 3) del presente contratto, ripartito per singola disciplina e per singola giornata.
- b) Comunicare giornalmente all'UVARP dell'Azienda, mediante l'invio per posta elettronica, al seguente indirizzo: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, il movimento ammalati (dimissioni/e nuovi ingressi).
- c) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce

Pagina 6 di 11
Il presente allegato si
compone di n. 11 pagine



ALL. A)

- parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.
- d) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.
- e) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.
- f) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e, il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO.
- g) garantire le verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché i controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario dell'Istituto.
- h) Garantire, che i ricoveri erogati in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 1202/2014 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati per la ospedalità privata;
- i) Garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.
- j) prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Ai fini contabili ed amministrativi, trova piena applicazione la DGR 951/2013 e s.m.i per l'attività di ricovero e la DGR 1202/2014 per le attività di Day service.
- k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protesica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) consegnare alla Azienda USL., entro il 15° giorno del mese successivo, a quello di compimento o completamento delle prestazioni di ricovero rese, della notulazione delle stesse esclusivamente su supporto informatico, da realizzarsi secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla Azienda ASL., nel rispetto della indicazione obbligatoria de



ALL. A)

Soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti indicati dalla Azienda ASL.

- n) prendere atto che in caso di difformità tra importo mensilmente notulato dall'Erogatore ed importo liquidato e pagato dalla Azienda ASL, il primo, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
- ritirare gli elaborati analitici delle liquidazioni ad esse relative e le eventuali contestazioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione, **dopo i 30 giorni ed entro i 60 giorni** dall'avvenuto pagamento;
 - richiedere alla Azienda ASL., entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
 - attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. Il mancato ritiro degli elaborati entro il termine prescritto, ovvero la mancata richiesta di chiarimenti entro i 30 giorni dal ritiro stesso, costituiscono accettazione delle liquidazioni effettuate.
- Di essere consapevole:
- o) che il mancato rispetto degli adempimenti informativi e di comunicazione previsti dal presente contratto, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini, costituisce per l'Erogatore violazione del relativo obbligo e **da luogo nei suoi confronti prima al richiamo, poi alla diffida e successivamente alla sanzione nella misura "secca" dello 0,2% del tetto invalicabile di remunerazione** di cui al precedente Art.1, per ogni tipo di violazione (informativa ai Cittadini, liste di attesa, obbligatorietà del Medico prescrittore, ecc).
- p) che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..
- q) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- r) garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, previsti dal regolamento R.R. n. 3/2005, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- s) garantire l'applicazione dei Contratti Collettivi di Lavoro (art. 17 - punto 6 della L.R. n° 26/2006), fornendo copia della documentazione comprovante l'assolvimento dei relativi obblighi contributivi (Legge 11 marzo 1988 n° 67 - G.U. n° 61 del 14/03/1988), attraverso il DURC. La verifica di quanto richiamato al presente punto è propedeutico alla sottoscrizione del contratto. A tale riguardo si precisa che, il certificato DURC viene rilasciato in base alle risultanze dello stato degli atti e non ha effetti liberatori per l'impresa. Rimane pertanto impregiudicata l'azione per l'accertamento ed il recupero di eventuali somme che successivamente risultassero dovute. Si precisa altresì, che il suddetto documento, dovrà essere rinnovato nei modi e nei termini di legge previsti, per evitare che la Direzione Aziendale possa sospendere le erogazioni di fondi a qualsiasi titolo, giusta quanto disposto dalla normativa vigente.
- t) a dare preventiva comunicazione formale alla Azienda ASL, ed a concordare con quest'ultima, eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività con relativa motivazione.
- u) durante il periodo estivo, al fine di assicurare i livelli minimi assistenziali, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività di ricovero e cura.
- v) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- w) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 131 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.



ALL. A)

- x) Di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte.

ART. 6

Obblighi e adempimenti della Azienda ASL**La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:**

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardante l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dalla/e Case di Cura istituzionalmente Accreditate/e, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010 e della DGR 90 del 22/1/2019.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante i ricoveri erogati in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 1202/2014.
- d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione alla Case di Cura istituzionalmente Accreditate, nel rispetto di quanto stabilito al comma 7 del precedente art. 1.
- f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 2, comma 4 del presente contratto;
- g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;
- h) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR con l'obbligo per l'erogatore di emettere la relativa nota credito e/o debito ;
- i) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.. Qualora le controdeduzioni vengano ritenute non esaustive, l'UVARP, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, e comunica la sospensione del pagamento dei ricoveri oggetto del contenzioso, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati alle procedure di liquidazione, previa comunicazione dell'UVARP, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione;
- k) A comunicare entro e non oltre 120 gg. dalla valida richiesta della prestazione, ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore:
 - eventuali sospensioni dei pagamenti ed altre osservazioni;
 - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - la evidenza di DRG non conformi al piano delle prestazioni commissionato, di cui al co. 3 dell'art. 1;
- l) A rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di ~~XXXXXXXXXX~~ - ad avvenuto pagamento delle notulazioni mensili e comunque non oltre 30 giorni dallo stesso, gli elaborati analitici delle liquidazioni eventualmente anche su supporto informatico, ed, ove elevate, le contestazioni e/o sospensioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione.



ALL. A)

- m) Il ritiro di tali elaborati o del relativo supporto informatico potrà avvenire entro il termine massimo di 60 giorni dal pagamento delle notulazioni. Eventuali richieste di chiarimento, successive al ritiro degli elaborati, formulate dall'Erogatore, potranno essere accettate nei 60 giorni successivi al ritiro degli stessi e dovranno essere soddisfatte entro 60 giorni dal ricevimento.
- n) Eseguire i pagamenti mensili a tariffa intera sino al raggiungimento del tetto di remunerazione assegnato all'Erogatore ed indicato al precedente art. 3, ed in caso di superamento dello stesso con l'applicazione della regressione tariffaria ivi prevista, fino al limite invalicabile di remunerazione mensile ed annuale così come definito al comma 2 di detto articolo.
- o) Eseguire i pagamenti ed i conguagli, con le modalità di cui al successivo art. 7.

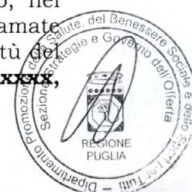
ART. 7**Modalità di Pagamento e Conguagli**

1. La Azienda ASL, salvo diverso piano di cui al precedente art. 2 dalla stessa approvato, provvede alla erogazione di acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna disciplina, di cui al co. 2 dell'art. 1 entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della contabilità, con conguaglio da liquidare all'Erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza, così come richiamato alla D.G.R. n° 1326/2003, dopo aver esperito positivamente in detti termini, gli adempimenti di cui ai precedenti art. 5 e 6 con riferimento ai ricoveri "confermati". Per "valida presentazione della contabilità", si intende la consegna:
 - degli **originali dei tabulati contabili, ripartito secondo le discipline** contrattualizzate,
 - del supporto informatico redatto secondo il tracciato record;
 - del supporto informatico contabile redatto in formato excel, ripartito secondo le discipline contrattualizzate;
 - delle fatture e/o note credito, con la descrizione delle singole discipline contrattualizzate;
 - delle copie delle ricette rilasciate dai Medici del S.S.N., riguardante l'erogazione delle prestazioni da erogarsi in regime di Day-service.
2. L'Erogatore si impegna a fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente art. 3 comma 3 (residenti Regione Puglia) e art. 4 comma 1 (residenti extra Regione), applicando la regressione del 15%.
3. La Azienda ASL, oltre la remunerazione delle prestazioni sub art. 4, è comunque tenuta entro 60 giorni dalla data di liquidazione della notulazione dell'ultimo mese dell'anno, a procedere al conguaglio tra le liquidazioni mensili eseguite ed il tetto invalicabile di remunerazione per ogni singola disciplina, di cui al comma 2 dell'art. 1, ed a corrispondere all'Erogatore o accertare di aver incassato dallo stesso, nei 30 giorni successivi, eventuali residui importi, se dovuti, nonché le rispettive note di credito.

ART. 8**Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali**

- 1) l'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte della Ospedalità Privata, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 1) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà dell'Azienda ASL di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore, giusta co. 2 dell'art. 2.
- 3) L'Azienda Sanitaria della Provincia di **XXXXXXXXXX** è impegnata a riconoscere, liquidare e pagare esclusivamente prestazioni rientranti nel piano richiesto e concordato, nel limite invalicabile di remunerazione per singola disciplina, con le precisazioni richiamate all'art. 1 - comma 3 e 5. Qualora l'Erogatore, in violazione di quanto definito in virtù del presente contratto, provveda a notulare e notificare alla Azienda ASL **XXXXXXXXXX**,

Pagina 10 di 11
Il presente allegato si
compone di n. 11 pagine



ALL. A)

prestazioni non comprese nel piano annuale delle prestazioni, ovvero eccedenti il tetto massimo invalicabile di remunerazione innanzi definito, a tutti gli effetti di legge, compresi quelli fiscali, ha l'obbligo di emettere immediata nota credito per il corrispondente importo eccedente.

- 4) Nel caso in cui l'Erogatore abbia già sottoscritto specifico contratto di prestazione per l'anno corrente, fermo il tetto invalicabile di remunerazione per questi già fissato dalla Azienda ASL, per quanto ivi non regolamentato o difformemente regolamentato rispetto ai contenuti del presente atto, quest'ultimo si intende integrativo del precedente. In caso di mancata sottoscrizione da parte dell'Erogatore dell'atto aggiuntivo, si applicano con effetto immediato le disposizioni del previste dall'art. 26 della l.r. n. 9/2017.
- 5) Il presente contratto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive regionali richiamate nei DIEF, ovvero in altre disposizioni regionali che dovranno essere direttamente recepite dalle singole Aziende.
- 6) Il presente contratto viene concluso in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili”.
- 7) Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR 1491 del 25/06/2010 così come modificata della DGR 90 del 22/1/2019.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL XXXXXXXXXX Dott. XXXXXXXXXXXXXXXX	Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Data _____	Data _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ. si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli Artt. 1 (Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione), 2 (Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini), 3 (Tetto di remunerazione a tariffa intera e con regressione tariffaria), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia), 5 (Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni), 6 (Obblighi e adempimenti della Azienda ASL), 7 (Modalità di Pagamento e Conguagli), 8 (Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali).

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono

L'Erogatore



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 882

Qualificazione del Percorso Nascita in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all'evento nascita e dell'Agenda della Gravidanza". Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678 del 9/5/2017.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.08.2014, ha sancito l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.6.2003, n. 131, concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662 avente ad oggetto "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica":

L'art. 1 "Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza" comma 28 introduce per la prima volta nell'ordinamento giuridico italiano il concetto di PDT: *"Allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire equilibrio delle gestioni, i medici abilitati alle funzioni prescrittive conformano le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici, cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa. I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati ed adeguati sistematicamente dal Ministro della sanità, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, sentite la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri e le società scientifiche interessate, acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità. Il Ministro della sanità stabilisce, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, gli indirizzi per l'uniforme applicazione dei percorsi stessi in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli medesimi, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico senza giustificati motivi."*

I PDT erano quindi stati inizialmente concepiti come uno strumento di coordinamento finalizzato, tra le altre cose, al conseguimento di una maggiore razionalizzazione delle risorse.

- il decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";
- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 avente ad oggetto: "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419":
L'art. 1 **"Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza" comma 10, lettera h, stabilisce che il Piano sanitario nazionale indica "le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza"** riconoscendo pertanto i PDT come strumento di garanzia dei LEA e mezzo di revisione e valutazione della pratica clinica.

- l'Accordo siglato nel dicembre 2006 tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'attivazione del Sistema nazionale per le linee guida (SNLG);
- la Legge 27 dicembre 2006, n. 296 avente ad oggetto "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)":

L'art 1, comma 796, lettera m, stabilisce che *"I percorsi diagnostico-terapeutici sono costituiti dalle linee-guida di cui all'articolo 1, comma 283, terzo periodo, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, nonché da percorsi definiti ed adeguati periodicamente con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Comitato strategico del Sistema nazionale linee-guida, di cui al decreto del Ministro della salute 30 giugno 2004, integrato da un rappresentante della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri"*.

L'art. 5, comma 3 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ha previsto che il Sistema nazionale Linee Guida (SNLG), istituito con D.M. del giugno 2004, venga riorganizzato con decreto del Ministro della Salute.

- l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Boizano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2528 del 23/11/2010 avente ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, previsto dall'articolo 3, comma 1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii. con cui la Regione Puglia ha recepito il suddetto Accordo Stato - Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" e ha istituito il Comitato Percorso Nascita regionale (CPNR), con funzione di coordinamento e verifica delle attività;
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera":

L'art. 1, comma 2 dell'Allegato 1 stabilisce che *"...l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. (...) L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine ..."*.

- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)":

L'art. 1, comma 539 dispone che *"... tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) (...) per la rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 413 del 11/03/2015 la Giunta regionale ha recepito delle Linee guida "Gravidanza fisiologica" realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell'ambito del capitolo "L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza" definisce il contenuto dell'Agenda della Gravidanza;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: "Recepimento progetto

dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto "Sorveglianza della mortalità materna". Costituzione Comitato regionale";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: "Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo". Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016 di approvazione, tra l'altro, del Protocollo Operativo "Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)";
- la Legge 8 marzo 2017, n.24, (legge Gelli) avente ad oggetto "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

L'art. 5 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee-guida" prevede che *"Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco..."*;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 - Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia";
- il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 658 del 24/04/2018 di approvazione del modello unico regionale del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA);
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 avente ad oggetto: "Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 128 del 6 febbraio 2018 relativa all'approvazione del Piano Operativo della Regione Puglia 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);
- la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la "task - force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: "Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008".

Atteso che:

- a) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi,

strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e, specificamente, il punto 8 "Reti ospedaliere" prevede (cfr. 8.1.1.) che all'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica, neonatologica e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare;

b) lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che "per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie;

c) l'Allegato n. 3 "Integrazione Territorio-Ospedale: presa in carico e continuità per il miglioramento della qualità assistenziale" dell'Accordo Stato Regioni n. 137/CU del 15 dicembre 2010 in cui è stato definito che:

- *"Molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più caregivers, in differenti strutture assistenziali, non collegate tra loro.*

La "continuità" è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

La continuità assistenziale va vista anche come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli di continuità assistenziale che consentano la distinzione tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio.

Un sistema fortemente integrato (integrazione funzionale e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario) potrebbe essere supportato da un modello organizzativo di tipo dipartimentale mirante a garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative.

Questa rete di servizi integrati comprende l'ospedale, il distretto, i consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile.

I Consultori familiari, adeguati nei numeri, nelle modalità organizzative, e negli organici (sarebbe necessario garantire per ciascun consultorio principale una dotazione organica minima che comprenda almeno: 1 ostetrica ed 1 assistente sociale a tempo pieno; 1 operatore socio sanitario; 1 ginecologo ed 1 psicologo con orario determinato in base ai carichi di lavoro) vengono identificati come un importante strumento, all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza.

Nello specifico il consultorio assicura:

- *la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di:*
 - *eseguire una prima valutazione del livello di rischio,*
 - *consegnare la cartella unica di gestione integrata della gravidanza*
- *la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36 settimana*
- *l'invio guidato al punto nascita alla 36a settimana (ambulatorio gravidanza a termine)*
- *l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di gravidanza a rischio o patologia (ambulatorio gravidanza a rischio)*

I corsi di accompagnamento alla nascita a gestione integrata (territoriale/ospedaliera) e metodologia adeguata

possono favorire la continuità assistenziale e l'empowerment delle donne, relativamente a gestione del parto, allattamento e funzione genitoriale.

Nel consultorio viene anche individuato il luogo per la continuità dell'assistenza alla puerpere e al neonato.

In particolare:

- *l'intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita devono garantire cure non invasive alle gravidanze fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio delle gravidanze a rischio;*
- *la situazione oggi in Italia è caratterizzata da discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: discontinuità fra periodo della gravidanza e del parto e fra parto e puerperio;*
- *discontinuità durante il travaglio. Inoltre è caratterizzata dalla mancanza di chiare distinzioni fra i percorsi delle gravidanze a basso rischio e quelle ad alto rischio o patologiche.*

La grande esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio all'assistenza privata (> 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in ospedale;

- *esistono convincenti evidenze scientifiche che, nella gravidanza fisiologica, un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita, in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite;*
- *le Ostetriche ed i Ginecologi devono essere inclusi in team integrati, in grado di garantire continuità ed appropriatezza dell'assistenza anche quando insorgano situazioni di rischio.*

Nel percorso nascita deve essere offerta un'assistenza EBM che includa: corrette informazioni, screening appropriati, accessibilità dei servizi e, altrettanto importante, il corretto care giver per soddisfare e prendere in carico i bisogni specifici della donna.

- *infine, un aspetto critico della continuità assistenziale è il travaglio di parto, sia nelle gravidanze fisiologiche che in quelle a rischio. Assicurare la continuità in travaglio oggi comporta: modificare l'attività ed i ritmi di lavoro delle ostetriche; un'educazione continua che insegni l'arte e la scienza del supporto in travaglio; cambiamenti organizzativi che permettano maggiore flessibilità nelle presenze del personale che assiste i travagli.*

d) nell'ambito del Piano Operativo 2016-2018, sottoscritto con i Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e Finanze), di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 6/2/2018, è stato previsto tra l'altro, nell'ambito del "Percorso Nascita", quanto segue;

GOOSP - CRONOPROGRAMMA		indicatore
GOOSP 01.02.01	PERCORSO NASCITA Attuazione Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010	1. Delibera di implementazione parto analgesia farmacologica e non nei Punti nascita > 1000 parti
		2. DGR di definizione del modello unico Regionale dell'Agenda della gravidanza
		3. Attivazione STAM e STEN
		4. Atto regionale che disciplini la formazione sulle tematiche del percorso nascita
		5. Revisione del Regolamento regionale sui requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle UU.OO. di Ostetricia e ginecologia e neonatologia.
		6. Linee guida regionali per la realizzazione di Protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra PN e consultori/strutture ambulatoriali
		7. Riorganizzazione rete consultoriale
		8. Monitoraggio trimestrale punti nascita <500 parti e del trasporto STAM e STEN per il tramite del Comitato Punti Nascita regionale

Pertanto, rispetto ai predetti obiettivi, la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ha elaborato il Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA) di accompagnamento all'evento nascita ed i Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi in data 18 luglio 2018, hanno espresso il seguente parere:

- *Con nota (prot. 83_18 del 04/07/18) la regione ha trasmesso la bozza di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di accompagnamento all'evento nascita (PDTA Percorso Nascita), così come ratificato dal Comitato Percorso Nascita Regionale. **Tavolo e Comitato prendono atto del PDTA relativo al percorso nascita, auspicandone una completa e capillare diffusione e un'implementazione in tutte le sue componenti.***

Il predetto PDTA è stato approvato dal Comitato Percorso Nascita Regionale e dai Referenti aziendali del Rischio clinico.

e) nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'art. 59 è stata definitiva l'assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità ed in particolare al comma 9 è stato stabilito che: "Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato".

In particolare, all'art. **Art. 59 "Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità"** è stato precisato quanto segue:

"1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente Articolo e dagli allegati 10° e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l'assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. in funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d'aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell'assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato".

Inoltre, all'art. 64, comma 2 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 è stato stabilito che: "Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni".

In particolare, nell'Allegato B del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 sono riportate le "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo", distinte per I, II e III Trimestre, alcune delle quali introdotte dai nuovi LEA e per le quali, ad oggi, non è stata definita una tariffa massima di rimborso e quindi attualmente escluse dal vigente DM 18 ottobre 2012. Le citate prestazioni di specialistica ambulatoriale, non ancora tariffate, sono da intendersi come extra -LEA e quindi non erogabili con oneri a carico del S.S.N. La sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013, infatti, ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato ha segnalato con verbale del 27/11/2013 l'impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo.

Pertanto, nelle more che vengano tariffate con apposito Decreto ministeriale le prestazioni di nuova istituzione, viene confermato quanto espressamente previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998.

Inoltre, in riferimento al predetto PDTA si precisa che:

- a) il percorso assistenziale della donna in gravidanza è coerente con tutti i provvedimenti regionali in materia già adottati con apposita deliberazione di Giunta regionale;
- b) il PDTA, di cui all'allegato del presente provvedimento, deve essere puntualmente implementato in ogni sua parte dalle aziende sanitarie, così come espressamente richiesto dai Ministeri affiancanti. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, dovranno procedere al recepimento del PDTA regionale con apposito atto aziendale, previa condivisione dello stesso con tutti i Direttori delle Unità Operative coinvolti alla gestione del percorso nascita e nella gestione del rischio clinico;
- c) le raccomandazioni riportate nel PDTA si orientano alla produzione di un risultato lasciando un margine di flessibilità a chi le dovrà applicare; l'obiettivo è quello di fornire una guida, per i professionisti sanitari e per gli utenti, sulla scelta di modalità assistenziali più appropriate in determinate situazioni cliniche garantendo la chiarezza dei percorsi e delle responsabilità.

Infine, in base alle nuove evidenze scientifiche e di quanto dettagliatamente riportato nel PDTA sul percorso nascita, si è reso necessario modificare in parte il contenuto dell'Agenda della Gravidanza, approvata con la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone di:

1. approvare il documento "Percorso Diagnostico - Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
3. stabilire che i documenti allegati al presente schema di provvedimento - PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;
4. stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell'allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l'integrazione ospedale - territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall'allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;

5. stabilire che la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", con il supporto del Comitato Percorso Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell'attuazione del PDTA;
6. stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l'Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite dei Consultori familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l'Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;
7. di confermare quant'altro definito nella parte narrativa del presente schema di provvedimento;
8. di stabilire che sul sito internet "Puglia Salute" venga istituita una sezione per la Rete "Percorso Nascita". Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare il documento "Percorso Diagnostico - Terapeutico e Assistenziale della Regione Puglia di Accompagnamento all'evento Nascita", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di approvare l'Agenda della Gravidanza, a parziale modifica del contenuto riportato nella deliberazione di Giunta regionale n. 678/2017, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
3. di stabilire che i documenti allegati al presente schema di provvedimento - PDTA di accompagnamento al percorso nascita e Agenda della Gravidanza - possano essere modificati o aggiornati con atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", qualora si evidenzino criticità in fase applicativa o emergano in letteratura nuove evidenze scientifiche nonché intervengano ulteriori disposizioni normative nazionali e regionali in materia;
4. di stabilire che le Aziende Sanitarie ed Enti, sedi di Punto nascita, diano puntuale applicazione a quanto espressamente previsto nell'allegato PDTA, previo formale recepimento con provvedimento aziendale che dovrà essere condiviso da tutte le Unità Operative coinvolte nel percorso assistenziale in questione. Il PDTA delle Asl dovrà garantire l'integrazione ospedale - territorio. Pertanto, eventuali provvedimenti già adottati dalle Asl e non coerenti con quanto espressamente previsto dall'allegato documento, dovranno essere rettificati secondo le presenti disposizioni regionali, al fine di garantire uniformità regionale nella organizzazione e gestione del percorso nascita;
5. di stabilire che la Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", con il supporto del Comitato Percorso

Nascita, elabori, entro un mese dalla pubblicazione del presente schema di provvedimento sul B.U.R.P., un report di monitoraggio semestrale dell'attuazione del PDTA;

6. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali consegnino alle donne l'Agenda della Gravidanza prioritariamente per il tramite dei Consultori familiari e delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia. Resta inteso che, nel pieno rispetto della libertà di scelta della donna, l'Agenda della gravidanza debba essere resa disponibile anche alle donne seguite prima della nascita al di fuori della rete ospedaliera o consultoriale;
7. di confermare quant'altro definito nella parte narrativa del presente schema di provvedimento;
8. di stabilire che sul sito internet "Puglia Salute" venga istituita una sezione per la Rete "Percorso Nascita". Ogni Azienda Sanitaria dovrà dettagliare tutte le informazioni relative a: Ospedali sedi di Punti nascita, rete consultoriale, servizi offerti alle donne e ai neonati;
9. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici nonché ai componenti del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR);
10. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" ai Ministeri affiancanti;
11. di pubblicare il presente atto sul BURP

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

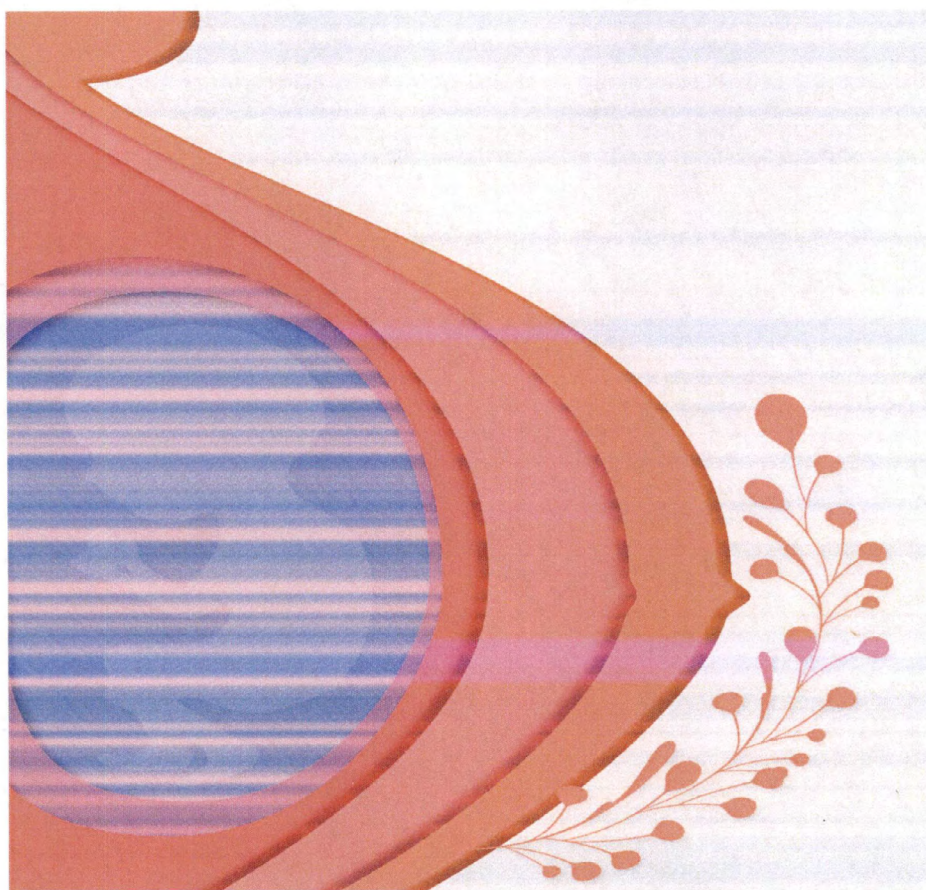
**PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE DELLA REGIONE
(PDTA) PUGLIA DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'EVENTO NASCITA**



**REGIONE
PUGLIA**

**Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per
tutti" - Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta"**

Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)



Documento predisposto dalla Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" in collaborazione con il Comitato Percorso Nascita Regionale ed i Direttori delle Unità Operativa di Rischio clinico delle Asl



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

INDICE:	n.pag.
1. INTRODUZIONE PDTA	3-6
2. OBIETTIVI	7-12
3. DESTINATARI	13
4. LE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA	14-26
4.1 <i>Visita preconcezionale</i>	
4.2 <i>Primo trimestre</i>	
4.3 <i>Secondo trimestre</i>	
4.4 <i>Terzo trimestre</i>	
5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	27-29
5.1 <i>Gli screening Prenatali</i>	
5.2 <i>Ambulatorio della Gravidanza a Termine (GAT)</i>	
5.3 <i>Ambulatorio Della Gravidanza A Rischio (GAR)</i>	
5.4 <i>Centri Regionali per la Cura della Gravidanza ad Alto Rischio</i>	
5.5 <i>Consulenza ostetrica di pronto soccorso</i>	
5.6 <i>Supporto psicologico</i>	
5.7 <i>Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)</i>	
6. IL RICOVERO	30-35
6.1 <i>Il travaglio</i>	
6.2 <i>Parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo (V-BAC)</i>	
6.3 <i>Parto analgesia</i>	
7. LA NASCITA	36-39
7.1 <i>La donazione del sangue cordonale</i>	
7.2 <i>Il parto in anonimato</i>	
8. IL NEONATO	40- 41
9. LA DIMISSIONE	42-44
9.1 <i>La continuità assistenziale Ospedale-Territorio dopo la dimissione</i>	
9.2 <i>L'assistenza domiciliare alla mamma e al neonato</i>	
10. INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA	45
11. RAZIONALE DEL PDTA DELLA GRAVIDANZA IN PUGLIA	46-47
12. INDICATORI	48-49
13. INDICAZIONI DI MIGLIORAMENTO	50
14. LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE	51-52
LISTA ABBREVIAZIONI	53
Allegati	
<i>Scheda stratificazione fattori di rischio gravidanza</i>	54-55
<i>Stratificazione di rischio e livello di punto nascita</i>	56 -57
<i>Check List Sala parto secondo Raccomandazioni WHO</i>	58



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

1. INTRODUZIONE AL PDTA

*"Il Parto è evento rivelatore di ogni società"*¹, il cui grado di civiltà può essere misurato proprio in base a come accoglie e si prende cura della nascita di una nuova persona.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di accompagnamento all'evento Nascita risponde all'esigenza di garantire alla donna e alla coppia non solo l'assistenza sanitaria, ma anche il sostegno e l'ascolto di cui necessitano nelle diverse fasi della gravidanza, del parto e del puerperio.

L'attivazione del PDTA è inoltre in linea con gli orientamenti più avanzati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) che definisce la gravidanza come un processo fisiologico e non una malattia e riconosce *"l'esperienza positiva del parto"* come un obiettivo significativo per tutte le partorienti, definendola come quella che soddisfa o supera le convinzioni e le aspettative personali e socioculturali di una donna, compreso la nascita di un bambino sano in un ambiente clinicamente e psicologicamente sicuro con continuità di supporto pratico ed emotivo da parte di un compagno e di uno staff clinico gentile e tecnicamente competente".

(WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018)

Secondo un modello biosociale di salute l'evento nascita diventa così un evento biologico, sociale ed affettivo, per tutta la durata del percorso che va dall'inizio della gravidanza sino ai primi mesi di vita del bambino.

Secondo la stessa O.M.S. sarebbe infatti opportuno attivare " la vigilanza di tutte le gestanti che dovrebbero essere considerate come potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica fino a quando non ci sono chiare evidenze del contrario"².

Sebbene però la gravidanza non vada trattata come una patologia, bensì come una condizione fisiologica a basso rischio di complicanze in assenza di evidenze contrarie, l'approccio da parte degli Operatori Sanitari si caratterizza per l'estrema eterogeneità dovuta in larga parte all'assenza di un percorso comune ed uniforme per l'individuazione delle gravidanze a basso rischio.

Questa situazione produce a sua volta delle ricadute negative non solo sulla corretta gestione della gravidanza, ma anche sugli aspetti organizzativi dell'attività assistenziale.

Ne deriva pertanto la necessità di definire un percorso regionale uniforme che consenta di intercettare tutte le gravidanze e di classificarle in base al rischio, assegnando all'ostetrica/o la gestione di quelle a

¹ Franca Pizzini, La costruzione sociale della gravidanza e del parto, in Bucchi M., Neresini F. (a cura di), Sociologia della salute, cit., pag. 241

² World Health Organization. Regional Office for Europe. Essential antenatal, perinatal and postpartum care: training modules. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/107482>)

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

basso rischio e riservando al medico specialista la cura dei casi che presentino significativi fattori di rischio o gravi complicanze.

Il presente PDTA descrive infatti una specifica sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti che individuano chiaramente **“chi fa cosa, come e quando”**, le modalità di collegamento funzionale dei diversi luoghi deputati all'assistenza, le regole affinché il paziente possa accedere a determinati servizi/prestazioni in maniera semplificata, chiara ed equa.

Il presente PDTA definisce dunque i percorsi assistenziali integrati che i Servizi Territoriali e Ospedalieri devono attivare nei tre trimestri della gravidanza, nel puerperio e nei primi sei mesi di vita del bambino.

La fase attuativa del PDTA coinvolge tutti gli attori del percorso nascita, dal Consultorio Familiare (C.F.) agli altri servizi territoriali, ai reparti ospedalieri di ostetricia, neonatologia e pediatria, al volontariato sociale, che devono operare in stretta collaborazione tra loro in un sistema di rete. A questa impostazione devono uniformarsi anche i Percorsi Nascita Aziendali che, nel rispetto degli orientamenti legislativi e delle indicazioni regionali, devono prevedere la partecipazione attiva di tutti i servizi interessati, primo fra tutti il Consultorio Familiare.

Al fine di garantire comportamenti omogenei anche tra operatori diversi è infatti opportuno che in tutte le strutture territoriali, pubbliche o private, siano implementate delle Linee Guida con Procedure Aziendali, riportate e validate dall'ISS/SNLG secondo quanto previsto dal regolamento del DM 2 agosto 2017, e dalla legge n° 24/2017, e che nelle strutture ospedaliere siano implementate e monitorate le Raccomandazioni Ministeriali n. 6³ (Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16⁴ (Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita).

L'attuazione di un percorso integrato tra Ospedale e Territorio viene anche sollecitata dal Ministero della Salute che ha inserito la “predisposizione di protocolli diagnostico terapeutici tra Ospedale e territorio” nell'elenco delle Azioni che la Regione Puglia deve attuare, definendola “ancora in itinere”⁵.

Sebbene negli ultimi anni siano stati fatti diversi passi avanti in tal senso, persiste ancora oggi la necessità di mettere a punto un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che, unitamente all'introduzione della Cartella Unica della Gravidanza, possa fungere da valido aiuto e supporto per tutte le Aziende Sanitarie nell'attuazione di quanto previsto dalla L. 23/2015. In questo percorso risulta prioritaria l'integrazione dei processi di cura fra ospedale e territorio, in nome di una collaborazione concreta, multidisciplinare e

³ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=629

⁴ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2157

⁵ ANALISI AL 31 DICEMBRE 2014 DELL'ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE DALL'ACCORDO PERCORSO NASCITA DEL 16 DICEMBRE 2010, pubblicata dal Ministero della Salute ad opera del Comitato Percorso Nascita Nazionale

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

sinergica fra le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi Ospedalieri, i Consultori Familiari e gli ambulatori pubblici e privati di Ginecologia ed Ostetricia.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale della gravidanza rappresenta dunque un continuum che inizia dai servizi territoriali Consultori Familiari (C.F.), ambulatori pubblici e privati) e giunge al Punto Nascita, per poi concludersi con il ritorno al consultorio familiare per gli interventi a domicilio previsti dal POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile)⁶.

L'effettiva integrazione tra Territorio ed Ospedale si realizza attraverso la cooperazione dei professionisti della nascita, l'integrazione con i colleghi delle altre specialità, la condivisione di protocolli comuni per l'assistenza alla gravidanza e la valorizzazione delle competenze professionali delle ostetriche.

La Regione Puglia con deliberazione di Giunta regionale determina le modalità di attivazione di un percorso informativo che metta in rete tutti gli attori coinvolti per garantire la rintracciabilità e verificabilità di tutte le azioni assistenziali e terapeutiche intraprese attraverso una corretta gestione e condivisione della documentazione clinica (cartella unica della gravidanza e cartella di ricovero), presupposti necessari per realizzare un'effettiva e concreta continuità assistenziale.

In quest'ottica un primo strumento di grande utilità ed efficacia per consentire l'azione integrata delle diverse strutture coinvolte nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale è l'Agenda della Gravidanza⁷, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 678 del 09/05/2017, finalizzata a:

- ricevere informazioni sugli stili di vita da seguire;
- avere a disposizione l'elenco di tutte le impegnative necessarie per un ottimale monitoraggio della gravidanza secondo quanto previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998⁸
- avere informazioni relative al Percorso Nascita;
- raccogliere i dati clinici da monitorare durante la gravidanza;
- stimolare scelte consapevoli rispetto alle diverse opzioni assistenziali possibili;
- avere informazioni sui diritti legati alla maternità e alla paternità.

Essa inoltre permette agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati richiesti per la compilazione del Cedap (Certificato di Assistenza al Parto), favorisce il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera e viceversa, promuove l'uso di formulazioni di consenso informato uniformi su

⁶ DM 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

⁷ Allegata in copia al presente PDTA

⁸ pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20/10/1998, abrogato dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (nuovi LEA), ma ancora vigente fino alla determinazione delle tariffe ministeriali delle prestazioni previste dal predetto decreto.

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

tutto il territorio e permette la conservazione dei documenti della gravidanza sia essa a basso rischio o a rischio⁹.

La gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi in modo non sempre prevedibile. Per questo motivo si è scelto di adottare il termine di "gravidanza a basso rischio" anziché quello di "gravidanza fisiologica".

*"E bene sottolineare che non è mai possibile azzerare il profilo di rischio, ma è comunque necessario individuare e, ove possibile, intervenire sui fattori di rischio ritenuti più rilevanti, prevedibili e prevenibili. La stratificazione del rischio nasce da esigenze di indirizzo della donna nei setting assistenziali appropriati"*¹⁰.

E' dunque necessario che tutte le donne in gravidanza ricevano sin dall'inizio del proprio percorso la propria Agenda della Gravidanza e che la portino con sé in tutti i successivi appuntamenti affinché sia costantemente aggiornata.

In ultima analisi il PDTA, unitamente all'Agenda della Gravidanza, alle Linee Guida e alle Carte dei Servizi aziendali, consente di conoscere le dinamiche organizzative di gravidanza, parto e puerperio, di effettuare scelte corrette e consapevoli, volte a migliorare l'esito della gravidanza, e di avere notizie sulle leggi che regolano i diritti correlati alla maternità.

Non si tratta tuttavia di un processo chiuso e rigido, ma di uno strumento in continuo divenire, oggetto di monitoraggio e valutazione in termini di impatto clinico ed economico, mediante l'utilizzo di specifici indicatori, in una prospettiva di crescente miglioramento della qualità secondo il noto ciclo di Deming o PDCA (Plan-Do-Check-Act - Progettare- Gestire il cambiamento- Monitorare - Standardizzare), al fine di avvicinare sempre più il percorso effettivo al percorso ideale, migliorando continuamente il processo assistenziale attraverso l'analisi delle criticità, l'identificazione precoce delle situazioni a rischio e la conseguente individuazione di possibili strategie di miglioramento.

⁹ https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/gravid_parto_21.pdf pag.76



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

2. OBIETTIVI

Obiettivi specifici del presente PDTA sono il **miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'assistenza in favore delle donne in gravidanza e la riduzione della variabilità nelle cure e del rischio sanitario.**

Il PDTA, inoltre, si sviluppa in una sequenza predefinita di fasi che tengono conto della letteratura scientifica^{10, 11}, e di tutta la normativa di riferimento nazionale e regionale di seguito riportata:

1. La Conferenza Stato Regioni del 16 dicembre **2010** ha sancito l'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", recepito con deliberazione di Giunta della Regione Puglia n. 131 del 31/01/2011 e ss.mm.ii., che ha previsto l'istituzione anche del **Comitato Punti Nascita Regionale**.
2. Il Regolamento regionale 4/06/**2015**, n. 14, all'art. 7 "Sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e di trasporto protetto della gravida a rischio (**STAM**)" è stato stabilito che deve essere operativo su tutta la regione il **sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN)** e il **sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM)**, attraverso la definizione di **un modello Hub & Spoke**.
3. la deliberazione di Giunta regionale n. 413 del 11/03/2015 la Giunta regionale ha recepito delle linee guida "Gravidanza fisiologica" realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità. Nelle predette linee guida, nell'ambito del capitolo "L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza" definisce il contenuto dell'Agenda della Gravidanza;
4. la deliberazione di Giunta regionale n. 780 del 31/05/2016 avente ad oggetto: "Recepimento progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ad oggetto "Sorveglianza della mortalità materna". Costituzione Comitato regionale";
5. la deliberazione di Giunta regionale n. 1933/2016 di approvazione del Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera RR. Nn. 7/2017, con cui, in attuazione del Regolamento regionale n. 14/2015 la Regione Puglia, è stato definito il **Protocollo Operativo del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato(STEN)**, elaborato con la collaborazione di: Comitato Punti Nascita Regionale (CPNR), Direttori dei tre centri HUB delle Terapie Intensive Neonatali (T.I.N.) e Direttori delle Centrali Operative 118.

¹⁰ https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/gravid_parto_21.pdf pag.76

¹¹ http://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/gravidanza%20fisiologica_allegato.pdf



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

*"L'intero percorso nascita, sulla base del predetto Accordo Stato-Regioni, **va predisposto e pianificato**, su base regionale, utilizzando preferenzialmente **modelli di rete organizzativa** di assistenza perinatale, quali il sistema Hub & Spoke che vede il coinvolgimento, oltre che delle strutture ospedaliere (Unità di ostetricia e ginecologia, Unità di neonatologia, Terapie intensive neonatali), anche del territorio attraverso un'azione più strutturata e capillare dei consultori nonché con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta. Tali modelli organizzativi permettono di effettuare un **corretto inquadramento della gravidanza** ed un **accurato screening delle gravidanze a rischio**, in modo da indirizzare la gestante **al punto nascita più idoneo** a fornire un adeguato livello di cure, garantendo così **più alti livelli di appropriatezza, qualità, sicurezza del percorso nascita, al fine di ridurre la mortalità materna, la mortalità perinatale e neonatale e gli esiti a distanza**. Una corretta e appropriata gestione della donna in gravidanza e del neonato presuppongono, inoltre, l'organizzazione di un adeguato **sistema di trasporto della madre e/o dei neonati** nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento di questi in strutture in grado di gestire tali condizioni".*

6. la deliberazione di Giunta regionale n. 1659 del 26/10/2016 avente ad oggetto: "Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifeprestone (Ru 486) e Misoprostolo". Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1009 del 28/05/2013;
7. la deliberazione di Giunta regionale n. 678 del 9/5/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Approvazione del modello unico regionale dell'Agenda della Gravidanza";
8. la deliberazione di Giunta regionale n. 796 del 29/05/2017 avente ad oggetto: "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 -Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo Stato – Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia";
9. il Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera 10 marzo 2017, n. 7 avente ad oggetto: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", modificato dal Regolamento regionale n. 3/2018 e dalla D.G.R. n. 1141/2018;
10. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

In particolare, all'art. Art. 59. *"Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità"* del D.P.C.M del 12 gennaio 2017 è stato precisato quanto segue:

"1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente Articolo e dagli allegati 10° e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l'assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari.

La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione

al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che

comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d'aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell'assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, è abrogato”.

Atteso che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale introdotte nei nuovi LEA, anche nell'ambito del percorso nascita, non è stata definita una tariffa di rimborso e non già previste nel vigente DM 18 ottobre 2012, le stesse sono da intendersi come extra –LEA. La sentenza della Corte Costituzionale n. 104/2013, infatti, ha rilevato il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato ha segnalato con verbale del 27/11/2013 l'impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo.

Pertanto, nelle more che vengano tariffate con apposito decreto ministeriale le prestazioni di nuova istituzione, viene confermato quanto espressamente previsto dal decreto del Ministro della sanità del 10 settembre 1998.

11. la deliberazione di Giunta regionale n. 1439 del 2/8/2018 e s.m.i avente ad oggetto: “Istituzione della Rete regionale di radiologia interventistica. Definizione del modello organizzativo e del setting assistenziale per procedura”;

12. la deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 20/02/2018 avente ad oggetto: “Qualificazione del Percorso Nascita e riduzione del quota di parti cesarei primari in attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010. Costituzione della la “task – force punti nascita per la riduzione del taglio cesareo”;

13. la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 avente ad oggetto: “Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008”.

14. **La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, con l'Accordo del 24/01/2018, ha approvato il documento: “Linee guida sulla revisione delle reti cliniche- Le reti tempo dipendenti” ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70.**

Tale accordo definisce le caratteristiche della **Rete clinico assistenziale per la Neonatologia e i Punti Nascita (ReNPuN)**, basate sulle previsioni dell'**Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, nonché del D.M. n.70/2015** e s.m.i, e sulla base di un atto programmatico regionale formalizzato, e identifica “soglie di volume di attività e soglie di rischio di esito”.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

*“Per le **soglie di volume di attività**, come da Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 e richiamato dal D.M. n.70/2015, è necessaria la **progressiva riduzione dei punti nascita con parti < 1000/anno**, con l’abbinamento per pari complessità delle U.O. Ostetriche con quelle neonatologico-pediatrie; in particolare sono previsti due livelli erogativi: il **I livello** che individua **Punti Nascita con numero parti compreso tra 500 e 1000 (centri Spoke)**” con U.O. Pediatriche/Neonatologiche di I livello (500-1000 nati/anno), “e il **II livello** che caratterizza **Punti Nascita con numero parti > 1000/anno (centri Hub)**” con U.O. Neonatologiche di II livello-Centri TIN.*

È utile precisare che esistono strutture con più di 1000 parti all’anno, sprovviste di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) classificate come Punti Nascita di 1° livello.

*Per le **soglie di rischio di esito**, come previsto dal PNE e richiamato nel D.M. n.70/2015 i valori soglia individuati sono rispettivamente **≤15%** di tagli cesarei primari nei punti nascita di primo livello e nella misura massima del **25%** nei punti nascita di secondo livello.*

*La **ReNPuN** deve applicare al contesto regionale le linee di indirizzo dei servizi di trasporto assistito materno (STAM) e dei servizi di trasporto neonatale d’urgenza (STEN) **prodotte dal Comitato Percorso Nascita Nazionale**, richiedendo il **rispetto e la verifica della presenza nei Punti Nascita degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza, e tecnologici** individuati nell’Accordo del 16/12/2010 (**allegato 1B**) e ribaditi dal D.M.70/2015. **Il rispetto degli standard operativi, organizzativi, di sicurezza e tecnologici, permette ai punti nascita di risultare idonei alla gestione delle condizioni di emergenza/urgenza, sia in ambito materno che neonatale.***

È necessario riconoscere precocemente le gravidanze ad ALTO RISCHIO, nonché organizzare i livelli di cura per migliorare gli esiti perinatali.

*Nell’elaborazione di protocolli e procedure operative relativi al passaggio di setting della madre e/o del neonato, deve essere chiaramente specificata la precisa **responsabilità del centro Hub di riferimento di farsi carico dell’accoglienza della madre e/o del neonato proveniente dal “proprio” centro Spoke**. È necessario che nei suddetti protocolli e procedure sia definito l’eventuale Hub alternativo, ove trasferire la madre e/o il neonato, in assenza, dimostrabile, di posto disponibile presso il centro Hub di riferimento; ciò è importante al fine di ridurre al minimo i tempi di trasferimento della madre/neonato. Qualora la donna in gravidanza o la partoriente necessitino di cure intensive o di altre cure specialistiche o la gravidanza, inizialmente inquadrata a basso rischio, vada incontro a complicanze, il cambio setting organizzativo può avvenire nello **stesso DEA (DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE di appartenenza, costituito da centri Spoke e un centro Hub di riferimento)**, nel caso in cui siano presenti le strutture*

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

specialistiche necessarie al trattamento della condizione clinica della paziente (con trasferimento della paziente, nello stesso DEA, verso il centro Hub di riferimento). In caso contrario è necessario, mediante attivazione dello STAM, il trasferimento della donna in gravidanza presso strutture ospedaliere con caratteristiche adeguate (esterne rispetto al DEA di appartenenza). Il rispetto del D.M. n.70/2015 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16/12/10 riduce al minimo il cambio di setting.

È fondamentale che siano definiti e individuati, sia nella fase del travaglio parto che nella fase di adattamento neonatale, quei segni clinici che portano allo snodo decisionale dell'attivazione dello STAM per garantire adeguati livelli di cure alla nascita alle donne che presentano patologie in gravidanza o patologie per la gravidanza, ovvero all'attivazione dello STEN sulla base di appropriate valutazioni cliniche."

Il PDTA, quindi, si propone di garantire la qualità delle cure e la messa a fuoco degli interventi da eseguire nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute materna e fetale, in ottemperanza a quanto precedentemente definito.

Attraverso una più efficace ed immediata integrazione Territorio/Ospedale ottenuta mediante il costante coordinamento dei servizi e la condivisione ed attuazione di protocolli comuni, il PDTA mira, pertanto, ad assicurare un livello minimo ed uniforme di qualità dell'assistenza su tutto il territorio regionale, un'assistenza qualificata rivolta a tutte le donne in gravidanza ed in particolare a quelle che vivono in condizioni socio-economiche particolarmente disagiate e/o di difficile integrazione.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

3. DESTINATARI

Il presente documento si rivolge a tutti gli attori coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza in ambito sia pubblico che privato:

- Direzioni Sanitarie Aziendali
- Direzioni Mediche Ospedaliere
- Dipartimenti ospedalieri materno-infantili
- Punti Nascita regionali
- Distretti Socio-sanitari
- Consultori Familiari
- Professionisti dei punti nascita, dei consultori familiari e degli ambulatori territoriali: Medici Ostetrici-Ginecologi, Ostetriche, Neonatologi, Pediatri, Psicologi, Sociologi, Assistenti Sociali, Mediatori Culturali, Fisioterapisti, Anestesisti, Operatori Socio-Sanitari, Infermieri, ecc...
- Medici Ginecologi libero-professionisti
- Medici di Pediatria di Libera Scelta
- Medici di Medicina Generale



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

4. LE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita si sviluppa a partire dalla visita preconcezionale sino alla fine del primo semestre di vita del bambino, attraverso i tre trimestri della gravidanza, il parto ed il puerperio (6-8 settimane dopo il parto).

4.1 Visita preconcezionale

E' possibile accedervi su richiesta e viene offerta in modo attivo dai Consulteri Familiari in caso si desideri programmare una gravidanza.

I Consulteri svolgono attività di informazione, consulenza ed assistenza sanitaria per la donna e la coppia che si appresta a concepire un figlio, offrendo servizi di accoglienza ed orientamento, visite ginecologiche e prescrivendo accertamenti ed esami di laboratorio preconcezionali compreso il pap test.

Se ritenuto necessario i Consulteri possono attivare l'accompagnamento della coppia c/o i Centri Specialistici di secondo livello, al fine di individuare e definire possibili condizioni mediche a rischio preesistenti alla gravidanza e pianificarne l'eventuale trattamento.

In presenza di problemi di infertilità o sterilità, due aborti consecutivi, pregresse patologie della gravidanza con morte prenatale o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie, i Consulteri devono fornire informazioni attraverso un primo colloquio di accoglienza ed orientamento ed il successivo accompagnamento a Centri Specialistici di secondo livello per ulteriori trattamenti.

4.2 Primo trimestre

La prima visita, da eseguire preferibilmente entro la 6a-7a settimana, viene garantita a tutte le donne in gravidanza entro 10 gg. La visita viene effettuata dal medico in collaborazione con l'ostetrica del C.F. o dell'ambulatorio distrettuale e prevede l'accoglienza della donna con successiva accettazione e presa in carico.

In occasione della prima visita, e delle successive articolazioni, vengono preliminarmente valutati, sempre in collaborazione tra medico ed ostetrica, gli eventuali **fattori di rischio preesistenti** (es. diabete, ipertensione, malattie cardiache, obesità, malattie ereditarie, abuso di sostanze tossiche, ecc.) **e/o insorti in gravidanza**.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO (vedi allegato 1)

La stratificazione del rischio in gravidanza deve tener conto di:

- Fattori sociali
- Malattie preesistenti alla gravidanza
- Malattie in gravidanza
- Rischio Fetale
- Rischio Attuale

Saranno la presenza di patologie o condizioni cliniche concomitanti e coesistenti potenzialmente in grado di causare aggravamento dello stato di salute globale a determinare la graduazione del rischio. Ciò condiziona la scelta del percorso e della modalità di presa in carico ottimale della gravida. Si sottolinea, a tal riguardo, che la classificazione qui proposta, e che fa riferimento alla tabella riportata come "Allegato 1", ha solo lo scopo di guidare gli operatori nell'individuazione e successiva classificazione del rischio, poiché non contempla tutte le possibili combinazioni delle variabili di rischio.

La classificazione prevede 4 livelli di rischio a cui la gravida sarà assegnata in relazione alla complessità delle sue condizioni cliniche e al mix dei fattori di rischio.

Ci sono delle condizioni cliniche particolari che devono essere attribuite ad una classe di rischio patognomoniche definite; tali condizioni cliniche sono indicate nella tabella con il simbolo dell'asterisco ed in particolare con:

un asterisco (*);

due asterischi (**);

tre asterischi (***).

Sarà il medico, quindi, sulla base della valutazione clinica, ad assegnare a tutti gli altri fattori di rischio non contrassegnati con l'asterisco, il livello di rischio corrispondente ed il percorso di presa in carico più appropriato.

Pertanto, la gravidanza si classifica in:

- **Gravidanza a basso rischio:** assenza di fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (in anamnesi: fattori sociali, malattie preesistenti alla gravidanza, malattie in gravidanza, rischio fetale, rischio attuale);
- **Gravidanza a medio rischio:** presenza di uno o più fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (in anamnesi: fattori sociali, malattie preesistenti alla gravidanza, malattie in gravidanza, rischio fetale, rischio attuale) per cui è indispensabile la valutazione del medico ginecologo;



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- **Gravidanza a medio/alto rischio:** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale) in trattamento, per cui è indispensabile una valutazione multidisciplinare;
- **Gravidanza ad alto rischio:** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento, per cui è necessaria una presa in carico multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

La presenza di uno o più fattori di rischio tra quelli elencati (vedi Allegato 1) identifica la gravidanza a rischio ed esclude quella a basso rischio.

Se la gravidanza viene classificata a rischio la gravida sarà indirizzata presso uno degli ambulatori per la gravidanza a rischio (GAR) operanti presso tutti punti nascita regionali. Al contrario se la gravida viene classificata a basso rischio proseguirà il percorso visite presso gli ambulatori generali di gravidanza sia ospedalieri che territoriali.

E' importante ricordare che in caso di insorgenza anche successiva di fattori che evidenzino un incremento del rischio è sempre possibile riqualificare la gravidanza a basso rischio in gravidanza a rischio, indirizzando la donna verso gli ambulatori ospedalieri GAR.

Pertanto:

alla prima visita in ambulatorio si procederà ad effettuare le seguenti attività/prestazioni che si completeranno con la valutazione del rischio ostetrico (allegato 1) e del percorso più appropriato:

- Colloquio conoscitivo con la donna/coppia
- Apertura e compilazione della cartella della gravidanza e raccolta anamnestica: (familiare, sociale, patologica prossima e remota, ostetrica pregressa e attuale, verifica dello stato di benessere psichico e relazionale, verifica dell'eventuale presenza di condizioni di rischio nei rapporti interpersonali)
- Misurazione di peso, altezza, BMI: indicatore di una corretta alimentazione e stile di vita.
- Misurazione della Pressione Arteriosa (PA) per diagnosticare un'eventuale ipertensione preesistente alla gravidanza, è effettuato di routine ad ogni controllo.
- Visita ostetrica con l'auscultazione del battito del feto (dopo la 12esimasettimana) E l'esplorazione vaginale (effettuata al primo incontro e ogni volta che se ne ravvisa la necessità).



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

• Richiesta esami^{12, 13}:

– Ematochimici:

- **Emocromo** È l'unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre.
- **Gruppo sanguigno - Fattore RH** Raccomandato nel 1° trimestre è utile per rilevare le donne RH negative.
- **Test di Coombs indiretto** Importante nel monitoraggio delle donne in gravidanza RH negative. Raccomandato a tutte le donne nel corso della prima visita e successivamente ripetuto nel 3° trimestre.
- **Glicemia** È il test utilizzato per individuare un diabete preesistente alla gravidanza. È consigliato alla prima visita.
- **Transaminasi** Solo nel 1° trimestre, serve per identificare le donne alle quali proporre il test per l'epatite C.
- **Emoglobine anomale** L'esame viene proposto a tutte le donne nel 1° trimestre di gravidanza se non effettuato prima della gravidanza: permette di identificare le portatrici sane di anemia mediterranea e altre forme di anemia.

– Esami infettivologici:

- **HIV** È proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con farmaci antivirali nelle donne in gravidanza sieropositive.
- **Rubeo-Test (Rosolia)** Raccomandato di routine al 1° trimestre, è da ripetersi nel 2° trimestre nel caso in cui il primo test fosse negativo (vedi scheda informativa "Vaccinazioni e gravidanza").
- **Toxo-Test (Toxoplasmosi)** Raccomandato nel 1° trimestre è da ripetere ogni 30 - 40 giorni in caso di sieronegatività. In questo caso verranno consigliati quei comportamenti utili per prevenire l'infezione (vedi scheda informativa sugli "Stili di vita in gravidanza").

¹² Raccomandazioni O.M.S. sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza 2016 https://opor.it/custom/opor/writable/news/Raccomandazioni%20O_M_S_%20sulla%20qualit%C3%A0%20dell'assistenza%20prenatale%20per%20un'esperienza%20positiva%20di%20gravidanza.pdf

¹³ 8 Cfr. DPCM 1 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 3 dicembre 1999, n. 5" - Allegato 10 B "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo" e la Deliberazione di Giunta Regionale 11 marzo 2015, n. 413 "Recepimento delle linee guida "Gravidanza fisiologica" del sistema nazionale. Linee guida ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Puglia. Avvio dell'agenda della gravidanza" e ss.mm.ii



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- **Test per la Sifilide** È raccomandato nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre.
L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto.
 - **Test per HCV (epatite C)** Il test è proposto nel 1° trimestre alle donne che presentano fattori di rischio
- **Esame delle urine:** per la diagnosi di alcune malattie preesistenti alla gravidanza, per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita.
 - **Urinocoltura:** per verificare la presenza di una carica batterica elevata nelle urine (batteriuria) che a volte non dà nessun sintomo. La batteriuria asintomatica normalmente non è preoccupante, ma in gravidanza va identificata per avviare un trattamento.
 - **Test per malattie sessualmente trasmesse (clamidia, gonorrea)** Il test viene proposto alle donne con fattori di rischio, ad esempio, a chi ha avuto rapporti sessuali non protetti con più partner, a chi ha subito violenza, a chi ha una storia di prostituzione, a chi ha fatto abuso di alcol e droghe, ecc. In caso di risultato positivo, va iniziata subito una terapia antibiotica per evitare che l'infezione si trasmetta al bambino durante il parto.
 - **Pap test:** proposto alle donne con più di 25 anni che non lo abbiano eseguito negli ultimi 3 anni, per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Eseguire il test durante la gravidanza non comporta rischi di aborto e altre complicanze.
 - **Ecografia primo trimestre a otto settimane** per confermare la "gravidanza in utero", nei casi di cicli mestruali irregolari, di Ultima Mestruazione (UM) incerta e di dubbi sulla datazione o di altre necessità cliniche, in coerenza con il D.P.C.M.12 gennaio 2017



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- Ecografia primo trimestre tra la 11^a e 13^a settimana, in modo da associare i test di screening per le aneuploidie e, quando possibile, per la preeclampsia.¹⁴ In particolare il Test combinato, esame comprendente un'ecografia e un esame del sangue. Fornisce una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down. Si effettua tra 11 settimane e 13 settimane più sei giorni di gestazione.

• Prescrizioni:

- di acido folico, se ancora non assunto
- supplementazione vitaminiche mirate, in caso di rischio di carenza
- Ad alcune donne, con particolari fattori di rischio, sono inoltre proposti ulteriori accertamenti:
 - il test per l'epatite C, ad esempio, a pazienti sottoposte a emodialisi, a chi convive con persone con epatite C, a chi ha fatto uso di droghe iniettabili, ecc.;
 - il test per malattie sessualmente trasmesse (HIV, clamidia, gonorrea),

• Informazioni e counselling su:

– **stili di vita in gravidanza:**

- alimentazione (cibi a cui prestare attenzione ai fini della prevenzione di listeriosi, salmonellosi, toxoplasmosi, uso di dolcificanti, consumo di zuccheri, bevande quali tè e caffè, bevande alcoliche, consumo di integratori
- prevenzione del sovrappeso e l'obesità, prevenzione e trattamento dell'anemia in gravidanza;
- esposizione a sostanze dannose (detersivi, vernici, pesticidi, insetticidi per ambienti, repellenti per insetti ecc.)
- fumo di sigaretta, consumo di sostanze stupefacenti e cannabis

– **abitudini di vita:**

- attività lavorativa
- sportiva
- sessuale
- viaggi

¹⁴ Deliberazione di Giunta Regionale n.161 del 1/1 /16 "Qualificazione assistenza materno - infantile. Individuazione Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno - fetale". Approvazione pacchetti di prestazioni sanitarie".

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- tinte per capelli e permanente
- **igiene personale e il frequente lavaggio delle mani**
- **benessere psico-fisico:**
 - terapie in corso precedenti alla gravidanza
 - attività fisica moderata
 - cure odontoiatriche
 - consulenze relative a situazioni particolari che richiedano l'intervento dell'assistente sociale e/o dello psicologo
- **vaccinazioni e gravidanza:**
 - rosolia
 - varicella
 - influenza
 - pertosse
- **screening e diagnosi prenatale:**
 - Ecografia tra la 11^a e 13^a settimana, in modo da associare i test di screening per le aneuploidie e, quando possibile, per la preeclampsia. In particolare il Test combinato, esame comprendente un'ecografia e un esame del sangue. Fornisce una stima del rischio che il feto sia affetto da sindrome di Down. Si effettua tra 11 settimane e 13 settimane più sei giorni di gestazione. In caso di rischio intermedio al test combinato la gestante dovrebbe essere informata della presenza di altri test, quale il test del DNA fetale, in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali in materia.
 - esecuzione di un' ecografia ostetrica (tra la 19a e la 21a settimana) per lo screening di eventuali malformazioni maggiori congenite del feto.
 - test di diagnosi prenatale di cromosomopatie: amniocentesi e villocentesi.
- **percorso di assistenza e sostegno in gravidanza**



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

– **come prevenire l'infezione da citomegalovirus¹⁵:**

- misure preventive, da adottare in gravidanza se a contatto con bambini piccoli, specie se frequentano l'asilo nido o la scuola materna, quali per esempio: non condividere con il bimbo stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti), non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca, non baciare il bambino sulla bocca, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino, e avergli fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box)
- **informazioni su test invasivi per la diagnosi prenatale:**
 - villocentesi (prelievo di un campione dei villi coriali) che si effettua nel primo trimestre;
 - amniocentesi (prelievo di un campione di liquido amniotico) che si effettua nel secondo trimestre.
- **informazioni sui diritti-doveri della madre-lavoratrice in gravidanza.** La legge italiana (D. Lgs. 151/2001) garantisce la protezione della salute della madre lavoratrice e il diritto del bambino ad un'assistenza adeguata¹⁶. **La donna lavoratrice dipendente ha diritto:**
 - a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali, accertamenti clinici, visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro;
 - a non essere licenziata: il divieto di licenziamento decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino;
 - a non essere adibita a lavori a rischio, gravosi e insalubri;
 - a 5 mesi di astensione obbligatoria (congedo di maternità) dal lavoro retribuita all'80% (in alcuni casi al 100%) tra prima e dopo la nascita del bimbo;
 - agli assegni familiari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico anche per le donne immigrate. Se ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni familiari anche per i figli minori residenti all'estero;
 - alla maternità retribuita anche se ha un contratto a tempo determinato;
 - alla riduzione dell'orario di lavoro per tutto il primo anno di vita del bambino.

¹⁵ Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Maria Grazia Revello et all. EBioMedicine 2 (2015) 1205–1210

¹⁶ www.inps.it - digitare "Maternità e paternità" nel motore di ricerca interno



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- entrambi i genitori lavoratori dipendenti hanno diritto a un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio, entro i primi sei anni di età del bambino e per un periodo massimo complessivo (madre e/o padre) di sei mesi e, non retribuita, fino al 12 anno di età.
- alle donne lavoratrici autonome è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima. L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.
- Le donne con lavori atipici e discontinui che non beneficiano di indennità di maternità o che beneficiano di una indennità inferiore a un certo tetto, possono rivolgersi all'INPS dove troveranno assistenza e informazioni.
- Le donne che non lavorano, italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno, possono presentare domanda per l'assegno di maternità presso l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di residenza e/o alla sede INPS di residenza, entro 6 mesi dalla nascita del bambino.
- Le donne straniere senza carta di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio e alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza senza correre il rischio di segnalazione finalizzata all'espulsione poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche ai migranti senza documenti. Possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità che ha validità fino al sesto mese di vita del bambino.
- Inoltre, in Italia la legge riconosce alla donna il diritto a partorire in anonimato in ospedale. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2) affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica

— **certificazioni medico-legali per l'astensione anticipata e/o obbligatoria dal lavoro**

La prima visita si completa con:

- Assegnazione rischio ostetrico con compilazione dell'allegato 1
- Eventuale rilascio della certificazione per esenzione dal pagamento del ticket e delle certificazioni medico-legali per l'astensione anticipata e/o obbligatoria dal lavoro
- la consegna dell'Agenda della Gravidanza contenente le indicazioni dei servizi disponibili per la gravidanza e il post partum a livello distrettuale;



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- la programmazione delle visite successive sulla base del rischio assegnato e del percorso visite corrispondente AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/GAR

4.3 Secondo trimestre

Nel secondo trimestre le visite vengono generalmente programmate ogni 4-5 settimane, salvo diversa indicazione.

Nel corso di ciascuna visita si procede alla rivalutazione del rischio ostetrico, effettuando nuovamente l'anamnesi ostetrica della gravidanza attuale secondo quanto indicato nell'allegato 1.

In presenza di comparsa di fattori di rischio non presenti alle visite precedenti in gravide classificate a basso rischio, le stesse verranno indirizzate verso il percorso di visite ambulatoriali per gravidanza a rischio GAR, se le gravide sono già prese in carico da un ambulatorio GAR di I livello e la rivalutazione del rischio conclude con una nuova e più alta classificazione del rischio, la gravida verrà indirizzata al GAR di II livello.

Pertanto, le attività prevedono:

- aggiornamento dell'anamnesi e valutazione dello stato di benessere psichico e relazionale mediante ascolto e colloquio con la donna e la coppia
- monitoraggio dell'aumento ponderale
- rilevazione della PA: indispensabile per diagnosticare un'eventuale ipertensione indotta dalla gravidanza, viene effettuato di routine ad ogni controllo.
- misurazione sinfisi- fondo dell'utero: a partire da 24 settimane si verifica che il feto stia crescendo in modo adeguato attraverso una valutazione dell'aumento della dimensione dell'utero.
- esecuzione di un' ecografia ostetrica (tra la 19a e la 21a settimana) per lo screening di eventuali malformazioni maggiori congenite del feto.
- la prescrizione ed esecuzione degli esami di seguito proposti^{13,14}:
 - **Emocromo**: unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre. Un livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, è indicativo di anemia in gravidanza e necessita di una correzione terapeutica
 - **Glicemia - Curva da carico di glucosio**: proposto alle donne che sono a rischio di sviluppare il diabete gestazionale sulla base della presenza di alcuni fattori di rischio (obesità o sovrappeso, diabete gestazionale in una gravidanza precedente, storia familiare di diabete, età superiore a 35 anni, essere originaria di paesi dell'Asia meridionale, in particolare India, Bangladesh, Pakistan, Caraibi, Medio-Oriente)



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- **Rubeo-test per Rosolia:** da ripetersi nel 2° trimestre in caso di negatività
 - **Toxo-test per Toxoplasmosi:** da ripetersi ogni 30 – 40 giorni in caso di negatività.
 - **Esame delle urine:** Utile per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita
- rivalutazione degli esami ematochimici eseguiti ogni trimestre
 - consigli sullo stile di vita
 - informazioni sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati dai Consultori Familiari ed invito a parteciparvi.
 - la vaccinazione anti-influenzale, offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario alle donne che all'inizio della stagione influenzale (ottobre-dicembre) si trovano al secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente programmare le vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse (DTPa) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza.

Di grande rilievo è la vaccinazione DTPa da effettuare ad ogni gravidanza, anche se la donna sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia avuto la pertosse. Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre. Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino DTPa (difterite, tetano, pertosse) si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

Le visite si completano con:

- Assegnazione rischio ostetrico con compilazione dell'allegato 1
- Eventuale rilascio della certificazione per esenzione dal pagamento del ticket
- Aggiornamento della cartella della gravidanza e dell'Agenda della Gravidanza
- La programmazione delle visite successive sulla base del rischio assegnato e del percorso visite corrispondente AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/GAR



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

4.4 Terzo trimestre

Nel corso delle visite programmate nel terzo trimestre si procederà nuovamente alla rivalutazione del rischio ostetrico, effettuando l'anamnesi ostetrica della gravidanza attuale, sempre secondo quanto indicato nell'allegato 2. In presenza di comparsa di fattori di rischio non presenti alle visite precedenti in gravide classificate a basso rischio, le stesse verranno indirizzate verso il percorso di visite ambulatoriali per gravidanza a rischio GAR.

Le attività prevedono:

- Ecografia del III trimestre di gravidanza su indicazione per valutare la crescita del feto, la posizione della placenta e la quantità di liquido amniotico.
- Controllo del peso
- Controllo della pressione arteriosa
- Misurazione sinfisi-fondo
- La prescrizione e l'esecuzione degli esami di seguito proposti^{13,14}:
 - **Emocromo**: unico esame valido per lo screening dell'anemia in gravidanza. È richiesto ad ogni trimestre. Un livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, è indicativo di anemia in gravidanza e necessita di una correzione terapeutica
 - **Test per HIV**: proposto di routine nel 1° e nel 3° trimestre perché è dimostrata l'efficacia del trattamento con farmaci antivirali nelle gestanti sieropositive
 - **Toxo-Test (Toxoplasmosi)**
 - **Test per la Sifilide**: raccomandato di routine nel 1° trimestre e da ripetere nel 3° trimestre. L'infezione materna può essere trattata con una specifica terapia antibiotica, valida anche per prevenire la trasmissione dalla madre al feto
 - **Epatite B**: consigliato al 3° trimestre. In caso la madre risulti positiva, vengono avviate le terapie efficaci per prevenire la trasmissione dell'infezione al bambino
 - **Esame delle urine**: per la diagnosi delle infezioni urinarie in gravidanza e per rilevare l'eventuale presenza di proteine nell'urina. È raccomandato a ogni trimestre. Un ciclo di antibiotici è raccomandato per tutte le donne in gravidanza con batteriuria asintomatica (ASB) al fine di prevenire una batteriuria persistente, parto pretermine e basso peso alla nascita
 - **Tampone vaginale**: per identificare una infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B: viene proposto a tutte le donne dopo le 36 settimane. Alle donne che risultano positive al test, il medico proporrà un trattamento antibiotico durante il travaglio di parto



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- Immunoprofilassi AN-RH(D) Questa terapia viene offerta di routine a tutte le donne Rh negative a 28 settimane con test di Coombs negativo.
- La vaccinazione anti-influenzale, offerta gratuitamente dal Servizio Sanitario alle donne che all'inizio della stagione influenzale (ottobre-dicembre) si trovano al secondo e terzo trimestre di gravidanza.

Inoltre verranno fornite informazioni:

- sull'esecuzione del tampone vagino-rettale per la ricerca di streptococco
- sulle tecniche di controllo del dolore,
- sull'assistenza durante il parto e sulla degenza;
- sui punti nascita di I livello
- sui punti nascita di II livello

Nel caso di gravidanza a basso rischio, a 37 settimane si provvede a:

- Inviare la donna, con tutta la documentazione del caso, all'ambulatorio della gravidanza a termine (GAT) presso il Punto Nascita ove intende partorire per programmare ed effettuare gli incontri informativi sull'assistenza durante il parto.

Nel caso di gravidanza a basso rischio, a 40 settimane, nell'ambulatorio GAT si provvede a:

- eseguire nuova visita ostetrica, con controllo del peso, della pressione e degli esiti degli esami precedentemente prescritti
- programmare il calendario dei tracciati cardiotocografici a partire dalla 40a +1g. settimana, salvo diverse indicazioni rivenienti dalla presenza di rischi materno-fetali
- informare la gravida circa:
 - la modalità di riconoscimento dei segni di travaglio o delle condizioni che richiedono un ricovero urgente
 - l'iter ospedaliero da seguire durante il parto e il puerperio o assistenza territoriale dopo il parto
 - l'allattamento al seno.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

5. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'accesso alle prestazioni erogate dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale si effettua dietro presentazione della relativa impegnativa e previa prenotazione, tenuto conto delle relative disposizioni regionali. La Regione appositamente provvedimento determina la modalità di attivazione del percorso differenziato per la prenotazione e la esecuzione degli esami delle donne in gravidanza (Percorso rosa). Nel caso dei Consultori Familiari è possibile accedere direttamente senza prenotazione e senza impegnativa. Ciascuna Azienda è tenuta ad adeguare, anche in considerazione del numero dei parti registrati, la propria rete di servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali, affinché possano essere tempestivamente erogate le ecografie di screening e le ecografie del 2° trimestre a tutte le donne gravide che ne facciano richiesta ed in particolare a quelle seguite dai Consultori Familiari a cui dovrà essere garantito l'accesso diretto.

5.1 Gli screening Prenatali

La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2016, n. 2161, avente ad oggetto "Qualificazione assistenza materno -infantile. Individuazione Centro Regionale di Riferimento per la "Diagnosi e gestione della patologia materno - fetale". Approvazione di pacchetti di prestazioni sanitarie" ha definito ed approvato 5 pacchetti di diagnosi prenatale:

- Screening del I trimestre
- Gravidanze ad alto rischio per aneuploidie
- Gravidanze ad alto rischio di patologia congenita fetale
- Gravidanze gemellari monooriali
- Gravidanze ad alto rischio di preeclampsia e restrizione della crescita fetale.

La citata Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2016, n. 2161 ha inoltre stabilito che dopo una prima fase di avvio che prevede l'implementazione del test sulla preeclampsia, che si somma a quelli già citati, previsti nel percorso visite ambulatoriali, solo presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia degli ospedali pugliesi con numero di parti superiore a 1000, l'esecuzione del test venga esteso a tutto il territorio regionale, previa adeguata formazione degli operatori all'esecuzione dell'esame.

5.2 Ambulatorio della Gravidanza a Termine (GAT)

Alla 37a settimana di gravidanza la gestante inquadrata nel profilo di basso rischio correlato alla gravidanza viene inviata, con tutta la sua documentazione, all'ambulatorio della gravidanza a termine presso il Punto Nascita ove intende partorire.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Si tratta di un ambulatorio specializzato nel follow up delle gravidanze con età gestazionale di 37 settimane e il cui obiettivo principale è quello di garantire il benessere materno e fetale in attesa dell'insorgenza del travaglio spontaneo o dell'induzione del travaglio di parto.

Le principali attività svolte dall'ambulatorio della gravidanza a termine sono:

- Monitoraggio delle condizioni di salute materna e fetale mediante cardiocografia ed ecografia
- Valutazione dell'eventuale insorgenza di condizioni di rischio materno o fetale
- Informazione su modalità e tempi di accesso al reparto al momento del ricovero per il travaglio di parto
- Spiegazione e valutazione delle possibili modalità di espletamento del parto, da effettuarsi in condivisione con l'ostetrica e/o i medici e tenuto conto delle esigenze espresse dalla donna
- Consenso scritto sulle opzioni di espletamento del parto condivise
- Eventuale attivazione del servizio di Psicologia e/o dei Servizi Sociali tramite richiesta di consulenza.

In assenza di travaglio attivo e di sintomi sospetti, ogni controllo si conclude con la programmazione del controllo successivo, ad intervalli da definirsi in base al caso specifico e fino all'espletamento del parto.

5.3 Ambulatorio della Gravidanza a Rischio (GAR)

Se nel corso della prima visita o dei controlli successivi viene accertata la presenza di uno o più fattori di rischio materno-infantile la donna viene indirizzata presso uno degli ambulatori per la gravidanza a rischio presenti in tutti i punti nascita regionali di primo e secondo livello.

Gli ambulatori di gravidanza a rischio si avvalgono di un'intensa collaborazione multidisciplinare. La donna viene sottoposta a controlli più frequenti rispetto a quanto previsto per le gravidanze a basso rischio con una tempistica definita in base allo specifico quadro clinico e sino a quando non si rende necessario il ricovero per monitoraggio intensivo o espletamento del parto.

5.4 Centri Regionali per la Cura della Gravidanza ad Alto Rischio

Nell'ambito del processo di riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera già previsto dal "Patto per la Salute 2010-2012"¹⁷ in Puglia sono identificati con DGR, i centri regionali di riferimento per le gravidanze ad alto rischio finalizzati non solo alla cura delle

¹⁷ Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

patologie più complesse, ma anche alla diagnosi precoce, alla prevenzione delle gravi complicanze materno fetali e al relativo follow-up

Tutti i centri di gravidanza ad alto rischio saranno inoltre dotati di posti letto di terapia sub-intensiva.

5.5 Consulenza Ostetrica di Pronto Soccorso

Tutti i PUNTI NASCITA regionali di II livello devono disporre di un servizio di Pronto Soccorso Ostetrico e di posti letto destinati all'osservazione breve (O.B.I) delle gravide che, sulla base del codice di triage ostetrico assegnato all'ingresso, risultano meritevoli di sorveglianza clinica e monitoraggio strumentale, pur in assenza di necessità immediata di ricovero ospedaliero.

5.6 Supporto Psicologico

Viene fornito dagli psicologi del Consultorio Familiare (C.F.) che devono prestare particolare attenzione all'individuazione precoce di situazioni di fragilità emotiva ed alla prevenzione della depressione post partum. Ove necessario lo psicologo consultoriale può attivare l'invio guidato della donna presso il Dipartimento di Salute Mentale territorialmente competente.

5.7 Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)

Gli IAN costituiscono una parte integrante e fondamentale dell'assistenza perinatale ed hanno l'obiettivo di accompagnare la donna e la coppia in un percorso educativo, informativo e di sostegno che consenta di affrontare in modo consapevole e sereno il travaglio, il parto, il puerperio e tutte le altre situazioni legate all'evento nascita. E' compito dei Consultori Familiari, coerentemente con la propria natura istitutiva, organizzare e gestire gli IAN, anche se in stretta collaborazione con le UU.OO. di Ginecologia ed Ostetricia di riferimento.

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

6. IL RICOVERO

Al momento del ricovero è necessario:

- fornire alla donna informazioni semplici, chiare e comprensibili sulle modalità di svolgimento del travaglio e del parto, facendo ricorso, in caso si tratti di donna straniera e/o immigrata, all'intervento del mediatore culturale che resta indispensabile anche nelle circostanze di urgenza
- visionare l'Agenda della Gravidanza e la Scheda di valutazione del rischio, compilare la cartella clinica, procedendo innanzitutto alla raccolta dell'anamnesi (familiare, personale, prossima e remota, ostetrica) e alla valutazione degli esami effettuati nel corso della gravidanza
- effettuare un esame obiettivo comprensivo di ispezione, palpazione, auscultazione dei rumori respiratori ed esplorazione vaginale
- valutare i parametri vitali materni e gli esami strumentali di base: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, peso corporeo, pressione arteriosa e controllo della contrattilità uterina
- controllare e monitorare il benessere fetale mediante auscultazione del battito cardiaco fetale e/o cardiocografia e/o ecografia
- Se ritenuto utile per un corretto inquadramento del caso possono essere effettuati esami di routine e ulteriori indagini e accertamenti.

In caso di gravidanza a basso rischio la gestione dell'assistenza al travaglio e al parto viene preferibilmente affidata all'ostetrica.

Ogni Punto Nascita deve attuare programmi di formazione, percorsi assistenziali e procedure definite per favorire il processo di autonomia dell'ostetrica nell'assistenza al parto a basso rischio.

La gestione del travaglio-parto delle gravidanze a rischio è invece affidata al medico ostetrico ginecologo che potrà avvalersi di altre figure professionali (neonatologo, anestesista, psicologo, ecc...).

6.1 Il travaglio

Rappresenta una delle fasi più delicate ed importanti del percorso nascita e richiede pertanto un modello di assistenza personalizzato ed umanizzato, volto a garantire il benessere psico-fisico della donna e del neonato evitando, laddove possibile, distacchi traumatici dall'ambiente familiare.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Questo in sintonia con le prime quattro Raccomandazioni dell'OMS¹⁸ sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva di gravidanza:

- 1) Sono raccomandate *CURE MATERNE RISPETTOSE* - per garantire la dignità, l'intimità e la riservatezza, la protezione dal dolore e dalle procedure scorrette, consentendo scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto.
- 2) È raccomandata una *COMUNICAZIONE EFFICACE* tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili.
- 3) È raccomandata un *ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO* ovvero la presenza di una persona scelta dalla donna per tutte le donne durante il travaglio ed il parto
- 4) E' raccomandata una *CONTINUITA' DELLE CURE* ovvero modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra cui un'ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale per tutte le gravide

1° STADIO¹⁸

E' RACCOMANDATA la seguente definizione di 1° Stadio del Travaglio di parto, che caratterizzato da una "fase latente" e da una "fase attiva"

- a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara
- b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara. (Raccomandazione n°5 OMS)

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara. (Raccomandazione n°6 OMS).

¹⁸ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4959693.pdf> WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi NON E' RACCOMANDATA per questa finalità. Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm/ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi NON E' RACCOMANDATA per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico. (Raccomandazioni 7-8 OMS)

Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm NON SONO RACCOMANDATI se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti. (Raccomandazione n°9 OMS).

Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/parto) E' RACCOMANDATA SOLO in un contesto di ricerca clinica. (Raccomandazione n°10 OMS)

Una visita vaginale E' RACCOMANDATA ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico. (Raccomandazione n°16 OMS).

La cardiocografia in continuo NON È RACCOMANDATA per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo. (Raccomandazione n° 17 OMS).

L'Auscultazione intermittente della frequenza cardiaca fetale È RACCOMANDATA per donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo (Raccomandazione n° 18 OMS).

Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio NON È RACCOMANDATO. Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO. (Raccomandazione n° 28 e 29 OMS).

La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale NON E' RACCOMANDATO. L'uso di antispastici NON È RACCOMANDATO. L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio NON È RACCOMANDATO (Raccomandazione n°30-31-32 OMS)

2° STADIO¹⁸

È raccomandata L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio nella

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

pratica clinica.

a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore. (Raccomandazione n°33 OMS).

Per le donne con o senza analgesia epidurale, È RACCOMANDATO incoraggiare l'adozione di posizioni libere, incluse le posizioni verticali (Raccomandazioni n°34 e 35 OMS).

Le donne nella fase espulsiva della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso di spingere. (Raccomandazione n°36 OMS).

Per le donne nella seconda fase del travaglio, SONO RACCOMANDATE tecniche per ridurre il trauma perineale e facilitare la nascita spontanea (incluso il massaggio perineale, compresse calde e protezioni "hands on" del perineo), sulla base della preferenza delle donne e delle opzioni disponibili. (Raccomandazione n°38 OMS).

L'Episiotomia di routine e il suo largo utilizzo NON SONO RACCOMANDATI in donne con travaglio vaginale spontaneo (Raccomandazione n°39 OMS).

NON È RACCOMANDATA l'applicazione di pressioni sul fondo dell'utero (Manovre di Kristeller) per agevolare la nascita nel secondo stadio (Raccomandazione n°40 OMS).

In caso si renda necessaria l'induzione del travaglio di parto, i relativi tempi e modi devono essere attuati solo previa corretta informazione e consenso da parte della donna.

6.2 Parto Vaginale dopo Pregresso Taglio Cesareo (V-BAC)

L'ammissione al travaglio in assenza di controindicazioni specifiche deve essere offerta a tutte le donne che hanno partorito mediante taglio cesareo. (Linee guida Taglio Cesareo ISS Livello Evidenza 1A)

In Italia, dopo un lungo periodo di automatica reiterazione del taglio cesareo anche nelle gravidanze successive, si sta assistendo ad un'importante inversione di tendenza.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera. Tale informazione deve essere fornita tempestivamente, e le conclusioni del consenso raggiunto circa le modalità del parto, devono essere documentate. La 36^a settimana di gestazione costituisce il limite massimo per attivare un consenso informato sul travaglio di prova dopo cesareo.¹⁹

Alle donne che hanno partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. Ogni tentativo di parto vaginale in donna con precedente taglio cesareo deve essere espletato in centri che siano in grado di affrontare possibili emergenze ostetriche, neonatologiche, anestesologiche e rianimatorie, nonché trasfusionali. Le partorienti che hanno fornito il consenso al travaglio di prova dopo taglio cesareo devono essere pertanto indirizzate nei punti nascita regionali dotati di aspetti organizzativi quali: Rianimazione Adulti, Servizio Emo-Trasfusionale e servizio di Anestesia in regime di guardia attiva h-24, nonché di criteri strutturali (vedi DM n° 70 -2015) quali la presenza di una sala operatoria strutturalmente integrata e funzionalmente attiva nel blocco travaglio parto. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.¹⁷

6.3 Parto analgesia

L'analgesia peridurale E'RACCOMANDATA per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna. (Raccomandazione n°19 OMS).

Anche in linea con quanto stabilito dai nuovi LEA²⁰, nei Punti Nascita regionali preferibilmente con numero di parti > 1000, e comunque in strutture che abbiano i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di risorse umane previste dalla DGR n. 796 del 9 maggio del 2017, deve essere possibile per le donne che ne facciano richiesta, accedere al trattamento farmacologico di analgesia

¹⁹ <http://www.epicentro.iss.it/itoss/LineeGuida> Linea guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole"

²⁰ Art. 38 comma 3 del DPCM 1 gennaio 17 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 5 "



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

epidurale²¹.

Gli Oppiacei parenterali, come il fentanyl, la diamorfina e la petidina, sono le opzioni RACCOMANDATE per le donne in buona salute che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°20 OMS).

Le Tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche, SONO RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che richiedono sollievo al dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°21 OMS).

Tecniche manuali, come il massaggio o l'applicazione di calore SONO RACCOMANDATE per donne in buona salute che richiedono sollievo dal dolore durante il travaglio, a seconda delle loro preferenze (Raccomandazione n°22 OMS).

L'apprendimento di tecniche di controllo del dolore rappresenta una risorsa di indiscutibile importanza per la donna che le consente di affrontare con maggiore serenità, consapevolezza e partecipazione il travaglio ed il parto.

Gli IAN organizzati dai Consultori Familiari dedicano particolare attenzione all'insegnamento delle tecniche non farmacologiche di controllo del dolore.

Tutti i Punti Nascita devono garantire tutti i requisiti clinico-organizzativi e tecnologici così come previsti dal DM 70/2015 nonché dalle disposizioni regionali in materia.

²¹ Deliberazione della Giunta Regionale 9 maggio 17, n. 796 "Qualificazione del Percorso Nascita e attuazione dell'Allegato 7 "Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto" dell'Accordo n. 137/CU del 16 dicembre 1. Approvazione del protocollo regionale per la partoanalgesia".



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

7. LA NASCITA

Nel corso degli IAN la donna riceve adeguate informazioni in merito alle tempistiche della legatura o clampaggio del cordone ombelicale. L'OMS raccomanda che venga effettuata non prima di 60 secondi dopo il parto, per garantire la protezione della salute della madre e del neonato (Raccomandazione n°44 OMS) e assicurare il necessario apporto nutrizionale al bimbo ed in alcune situazioni è preferibile un clampaggio tardivo del cordone per apportare numerosi benefici al neonato tra cui un minore rischio di insorgenza di anemia.

Il clampaggio del funicolo viene pertanto attuato, salvo diversa valutazione clinica insorta nel corso del parto, secondo le volontà espresse dalla donna ed acquisite al ricovero, previa discussione con ostetrica e medico.

Dopo la nascita, al primo ed al quinto minuto di vita del bambino il neonatologo calcola l'Apgar score.

Laddove le condizioni del neonato e della madre lo consentano, il neonato viene appoggiato sul ventre materno e lasciato libero di cercare il seno per la prima poppata che può avvenire in circa 15-20 minuti, realizzando la pratica del breast crawl (ricerca del seno), fortemente sostenuta dall'Unicef e dall'OMS come azione di promozione dell'allattamento al seno.

Mentre il neonato viene affidato alla madre, l'ostetrica esegue un prelievo dalla arteria ombelicale al fine di determinare sia l'emogasanalisi Nche il gruppo sanguigno (obbligatorio solo in caso di madre Rh⁻ negativa).

Il neonatologo pediatra provvede inoltre alla profilassi della malattia emorragica, della congiuntivite batterica e gonococcica.

La madre viene solitamente trattenuta in sala parto per le due ore successive alla nascita. La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina È RACCOMANDATA per tutte le donne. (Raccomandazione n°52 OMS)

Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto. (Raccomandazione n°55 OMS). A tal proposito l'OMS

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

raccomanda l'adozione del Modified Early Obstetrics Warning Score (MEOWS)²² quale strumento di sorveglianza della donna, soprattutto nella prevenzione delle complicanze di condizioni cliniche quali l'emorragia post-partum e la sepsi, con il fine di individuare precocemente il deterioramento dei parametri vitali e di intervenire tempestivamente, evitando l'aggravamento irreversibile del quadro clinico.

Il ricorso alla profilassi della emorragia post-partum, mediante la somministrazione di uterotonici e la pratica dell'allattamento precoce al seno, con conseguente stimolo della contrazione uterina, hanno permesso di ridurre l'insorgenza di questa grave complicanza post partum ancora oggi di difficile trattamento e risoluzione.

Trascorso questo periodo è constatato che le perdite ematiche genitali siano solo fisiologiche, in assenza di ulteriori condizioni che necessitino di assistenza e terapia intensiva, la madre viene inviata in reparto.

Eccezion fatta per i casi che richiedano particolare assistenza per la madre e/o per il bambino, ivi comprese eventuali indicazioni al ricovero di quest'ultimo nel reparto di terapia intensiva neonatologica, è opportuno e consigliabile che il neonato possa restare accanto alla madre in sala parto per tutta la durata della sua permanenza.

7.1 La donazione del Sangue Cordonale

Il sangue placentare contiene cellule staminali emopoietiche che possono essere utilizzate come fonte alternativa per il trapianto di midollo nella cura di numerose gravi patologie, anche neoplastiche.

In Italia non è consentita la conservazione del sangue del cordone ombelicale per uso autologo, cioè personale, tranne nei casi di patologie tra i consanguinei del nascituro. In questo caso si parla di donazione dedicata ed dunque possibile l'utilizzo terapeutico delle cellule staminali derivate dal sangue del cordone ombelicale del proprio figlio. La normativa nazionale e regionale²³ consente tuttavia di esportare presso una biobanca estera, a proprie spese, il sangue di cordone ombelicale prelevato al momento della nascita del proprio figlio, al fine di utilizzarlo in futuro per un eventuale uso familiare.

²² Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla SNLG 2016

²³ Vedasi la Deliberazione di giunta Regionale n. 2528 DEL 23/11/2010 "Recepimento Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'art. 4 del Accordo Stato Regioni n. 62/CSR del 29/04/2010. Accordo ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs.28/08/97, n. 281, previsto dall'art. 3, c.1, dell'Ordinanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali 26 febbraio 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo".

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

La legge italiana consente invece la donazione allogenica (non familiare): l'unità di sangue prelevata dal cordone ombelicale (SCO) viene donata a una banca pubblica volontariamente, gratuitamente e anonimamente. In Italia esistono attualmente 18 banche di sangue cordonale, riunite nella Rete italiana ITCBN, istituita con il D.M. 18 novembre 2009²⁴.

In Puglia è possibile raccogliere e conservare le cellule del cordone ombelicale, per uso allogenico solidaristico e dedicato e per un periodo massimo di 15 anni, presso la Banca regionale del cordone ombelicale istituita presso il Servizio di Medicina Trasfusionale dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG).²⁵

Le donne interessate alla donazione del sangue del cordone ombelicale possono rivolgersi, a partire dal 7° mese di gravidanza, al reparto di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale presso cui intendono partorire, per manifestare la propria volontà alla donazione. Trascorsi 6-12 mesi dalla donazione, la mamma si impegna a fornire informazioni sullo stato di salute del suo bambino, certificate dal medico pediatra di riferimento.

Recenti studi scientifici hanno dimostrato che la raccolta del sangue cordonale può essere effettuata tra i 60 e i 120 secondi dopo la nascita: in questo modo viene garantita un'unità di volume adeguato e un'adeguata concentrazione di cellule staminali.

L'unità di sangue cordonale, dopo la raccolta, viene inviata alla banca, dove sottoposta a specifici controlli per verificarne l'idoneità alla conservazione e al successivo utilizzo per la cura di pazienti, HLA compatibili (minimo 4 HLA identici su 6), affetti da gravi patologie che necessitino di un trattamento con trapianto emopoietico.

Se l'unità non risulta idonea, previa informazione e specifico consenso rilasciato dalla mamma, può essere utilizzata per finalità di ricerca. In caso di mancato consenso, l'unità non può essere impiegata per alcun uso alternativo consentito²⁶ e viene eliminata.

²⁴ "Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale".

²⁵ Deliberazione della Giunta regionale 3 agosto 2007, n. 14 "Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2007. Assegnazione alle Aziende Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed Istituti Ricovero Cura Carattere Scientifico dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 207" e deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018

²⁶ Deliberazione della Giunta Regionale 13 marzo 2018, n. 38 "Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia: disposizioni utilizzo di emocomponenti topici (GEL PIASTRINICO DA SANGUE CORDONALE/COLLIRIO). Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008"



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

A tal proposito la Regione Puglia ha recentemente stabilito che ciascuna Azienda/Ente provvista di Servizio Trasfusionale costituisca, entro tre mesi dall'approvazione della presente deliberazione, un CoBUS, Comitato per il buon uso del sangue e delle cellule staminali da sangue cordonale²⁷.

Infine, con la deliberazione di Giunta regionale n. 328 del 13/3/2018 sono state date disposizioni per l'utilizzo di emocomponenti topici (gel piastrinico da sangue cordonale/collirio) ed è stata inoltre modificata la D.G.R. n. 1498 dell'1/8/2008, individuando ulteriori Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia deputate alla raccolta del cordone ombelicale per finalità solidaristiche.

7.2 Il parto in anonimato

La presenza di condizioni di estrema difficoltà o fragilità sociale, economica, affettiva o psicologica richiedono un'attenzione ed un sostegno ancora maggiori nei confronti della donna in gravidanza, non solo per assicurare un'adeguata tutela a lei e al nascituro, ma anche per aiutarle a decidere in maniera libera, consapevole e responsabile.

Possono tuttavia verificarsi delle situazioni in cui la mamma decida, per ragioni diverse e non modificabili, di non riconoscere il suo bambino. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato affinché sia assicurata **l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica**.

In questi casi è necessario garantire la massima riservatezza e mettere in atto interventi adeguati ed efficaci a tutela dell'anonimato, come previsto dal DPR 396/2000, art. 30, comma 2.

Il nome della madre rimane quindi segreto e nell'atto di nascita del bambino viene scritto "nato da donna che non consente di essere nominata". Dopo la nascita la donna e il neonato non riconosciuto vengono considerati dalla legge come due entità distinte, ognuno con specifici diritti.

²⁷ Deliberazione della Giunta Regionale 13 marzo 2018, n. 36 "Accordo, ai sensi degli artt. 2, comma 1, lett. b e 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue" - Rep. Atti n. 251/CSR del 21 dicembre 2017 - Recepimento".

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

8. IL NEONATO

Come già detto, salvo indicazioni specifiche del neonatologo o del pediatra, è necessario evitare o ridurre al minimo ogni separazione della diade madre-neonato, facendoli restare uniti sia in sala parto che durante il ricovero.

Nei neonati nati con liquido amniotico chiaro che iniziano a respirare da soli dopo la nascita, l'aspirazione della bocca e del naso **NON DEVE ESSERE ESEGUITA** (Raccomandazione n°47 OMS)

I neonati senza complicazioni devono essere tenuti a contatto pelle a pelle Early skin-to-skin contact (SSC)²⁸ con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento. Tutti i neonati, compresi quelli di basso peso (LBW), che sono in grado di essere allattati, devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la madre e il bambino sono pronti. A tutti i neonati deve essere somministrato 1mg di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato). (Raccomandazione n°48. 49. 50. 52 OMS)

Il bagno deve essere ritardato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se ciò non è possibile a causa di motivi culturali, dovrebbe essere ritardata di almeno 6 ore. Si raccomanda il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa da uno a due strati di abiti più degli adulti e l'uso di cappelli o berretti. La madre e il bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero stare nella stessa stanza 24 ore al giorno (Raccomandazione n°51 OMS).

Il rooming-in ha infatti l'obiettivo di stabilire un forte legame tra madre e figlio, garantendo al neonato la sicurezza della presenza della madre e permettendogli di attaccarsi al seno tutte le volte che lo richiede.

In sintonia con quanto scritto finora, tutti i reparti di neonatologia ed ostetricia devono fare riferimento ed attenersi alle seguenti regole contenute nel programma "I dieci passi UNICEF-OMS":

- 1) Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario
- 2) Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
- 3) Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno

²⁸ Early skin-to-skin contact (SSC) for mothers and their healthy newborn infants. Moore et al - Cochrane 2016

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- 4) Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario
- 5) Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
- 6) Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
- 7) Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorran insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
- 8) Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
- 9) Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
- 10) Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

9. LA DIMISSIONE

La durata media della degenza ospedaliera della mamma e del neonato dopo il parto si sta riducendo sempre di più, specialmente laddove non si riscontrino particolari complicanze. Le nuove politiche ospedaliere tendono infatti ad accelerare i tempi di dimissione, anche qualora la nascita sia avvenuta tramite taglio cesareo. Uno dei capisaldi delle nuove linee guida dei punti nascita è infatti quello di ridurre al minimo l'“ospedalizzazione” della gravidanza e del parto, per rendere questi eventi quanto più naturali e spontanei possibile.

Per la mamma e il neonato la dimissione avviene in genere il 2-3° giorno dopo un parto naturale ed in terza giornata se è stato eseguito un taglio cesareo.

In caso di dimissione precoce entro le 48 ore è necessario che il neonatologo/pediatra provveda all'esecuzione degli screening previsti, o anticipandoli o prevedendoli nel corso dei successivi controlli ambulatoriali del neonato.

I casi che necessitino del supporto di altri operatori sociosanitari (psicologo, assistente sociale, ecc...) devono essere tempestivamente segnalati, prima della dimissione, alla sede territoriale di competenza per garantire la necessaria continuità assistenziale.

Al momento della dimissione, oltre ad una relazione sulle modalità del parto, alla madre viene consegnata una relazione clinica sulle condizioni del neonato in cui sono contenuti i dati clinici rilevati in corso di ricovero, la terapia effettuata e consigliata, gli esami eseguiti e quelli ancora in corso, le indicazioni su eventuali controlli clinici e/o ulteriori accertamenti diagnostici o terapie da effettuare. Le viene inoltre consegnata una lettera di dimissione del neonato che riporta tutto ciò che è stato effettuato durante il ricovero.

Anche se il neonato va iscritto quanto prima ad un pediatra di famiglia, che diventa il riferimento per ogni eventuale problematica, è necessario che ciascun reparto di Neonatologia/Pediatria preveda la possibilità di controlli gratuiti del neonato, nel quadro di una continuità assistenziale nel primo mese di vita e qualora venga richiesta dai genitori.

9.1 La continuità assistenziale Ospedale-Territorio dopo la dimissione

Alla dimissione la mamma viene invitata a ripresentarsi presso il Consultorio Familiare (C.F.) di riferimento o, in alternativa, presso gli ambulatori del Distretto. Qui le verranno fornite tutte le informazioni per l'accesso ai servizi distrettuali dedicati, come ad esempio le fasce orarie dedicate o le modalità di accesso diretto. Alle mamme dovrebbero inoltre essere riservati all'interno dei consultori spazi dedicati “madre-

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

bambino” a cui accedere liberamente per ottenere risposte e consigli su quesiti specifici concernenti il proprio benessere psico-fisico e quello del bambino.

In occasione della prima visita post-dimissione è consigliabile che venga effettuata anche una valutazione del pavimento pelvico per verificare la risoluzione di eventuali problemi di incontinenza urinaria e di prolasso genitale nel post-partum. A tal proposito è necessario che gli IAN prevedano degli incontri sulla rieducazione del pavimento pelvico nel post partum e si adoperino per il sostegno all'allattamento materno previsto dal decalogo OMS.

L'accoglienza madre-bambino deve realizzarsi entro il 1° mese di vita con il coinvolgimento di ostetriche, neonatologi, pediatri, assistenti sanitarie ed infermiere. Nel corso del primo incontro viene aperta e compilata una cartella e, laddove possibile, si procede alla registrazione dei dati.

Negli incontri successivi viene attuata la presa in carico di eventuali problemi rilevati all'accoglienza (allattamento, difficoltà nella gestione del bambino, ecc.) e viene attivata la continuità assistenziale adatta alle specifiche necessità (Medico Medicina Generale, Pediatra Libera Scelta, Ginecologo, Assistente sociale, altri specialisti). In caso di particolare fragilità, il personale del Consultorio attiva la rete di sostegno sociale prevista per le famiglie in difficoltà.

9.2 L'assistenza domiciliare alla mamma e al neonato

In caso di dimissione precoce o di particolari situazioni patologiche materne, è necessario garantire continuità assistenziale domiciliare da parte delle strutture territoriali, secondo specifici protocolli aziendali che dovranno essere appositamente predisposti.

In questa prima fase può avere un ruolo determinante il Consultorio il quale può esplicitare attività di supporto e accompagnamento alla mamma nel post-parto.

Su richiesta, nei giorni subito successivi alla dimissione è possibile una prima visita domiciliare da parte di un'ostetrica consultoriale, finalizzata alla valutazione clinica della puerpera, al sostegno dell'allattamento, alle cure del neonato. Se l'ostetrica ravvisa una condizione clinico patologica della madre e/o del bambino degna di ulteriori approfondimenti deve segnalarla con urgenza ai relativi reparti di degenza. L'intervento assistenziale è orientato a prevenire le possibili complicanze puerperali, a confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento e a promuovere l'allattamento al seno.

L'ostetrica dovrà valutare:

- stato generale della donna,
- colorito cutaneo



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- polso e PA
- altezza del fondo uterino
- caratteristiche delle lochiazioni, delle eventuali ferite e degli arti inferiori
- avvio dell'allattamento
- consulenza contraccettiva



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

10. IVG - Interruzione Volontaria della Gravidanza

La Legge 194/78 "Norma per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza", nel garantire il rispetto della volontà della donna e il suo diritto ad una procreazione consapevole, sancisce la legittimità da parte delle donne di ricorrere alla interruzione volontaria della gravidanza entro i primi 90 gg. (Art. 4) e oltre il 90° giorno (Art. 6).

In Puglia, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1202 del 18 giugno 2014²⁹, è stato introdotto il PCA31 "Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia". Con successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 1659 del 26 ottobre 2016³⁰ è stata inoltre regolamentata l'IVG farmacologica in Day Hospital. Attualmente è in fase di revisione anche il protocollo operativo che disciplina le diverse modalità di accesso all'IVG.

²⁹ Modifica e integrazione day service (DD.GG. n. 433/2011 e 2863/2011) e modifica Nomenclatore Tariffario Regionale (DGR n. 951/2013 e s.m.i.).

³⁰ Approvazione Linee Guida "Interruzione Volontaria della Gravidanza IVG mediante Mifepristone Ru 486 e Misoprostolo". Modifica e integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 19 del 8/ 5/13"



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

11. RAZIONALE DEL PDTA DELLA GRAVIDANZA IN PUGLIA

I contenuti del presente PDTA necessitano, per essere concretizzati, delle necessarie disposizioni attuative da parte delle strutture pubbliche e private, che tengano conto delle esigenze territoriali e delle criticità delle strutture/risorse a disposizione.

Attualmente la Regione Puglia dispone di una rete di servizi sanitari e socio-sanitari in condizione di garantire a tutte le donne che lo richiedano un accompagnamento specifico alla gravidanza, mediante sostegno ed ascolto, dalla consulenza pre-concezionale sino al primo anno di vita del bambino.

Con l'approvazione del presente PDTA, la Regione Puglia implementerà le possibilità di prestare assistenza a tutte le donne gravide che lo richiedano, garantendo risposte di carattere multidisciplinare e ad alto grado di complessità in un rapporto di reciproca cooperazione e continuità assistenziale delle varie strutture deputate all'assistenza si dispone che :

- se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a basso rischio, il percorso può proseguire presso il Consultorio Familiare, gli Ambulatori ospedalieri Pubblici e Privati
- Se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a rischio, la presa in carico finalizzata al percorso visite avviene presso gli ambulatori per la gravidanza a rischio GAR delle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di tutti i punti nascita di 1° e 2° livello
- Se la gravidanza è inquadrata come gravidanza a rischio, la presa in carico finalizzata all'espletamento del parto avviene presso le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dei punti nascita di 1° e di 2° livello a seconda del livello di rischio assegnato, per cui:
 - Medio Rischio: Punti Nascita di I e II livello (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
 - Medio/Alto Rischio: Punti Nascita di I e II livello (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
 - Alto Rischio: Punti Nascita di II livello e/o Centri Hub (a seconda dei contesti locali in relazione a requisiti strutturali, tecnologici, clinico-organizzativi e/o discipline presenti);
- Tutte le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dei Punti Nascita di 1° livello devono attivare, oltre ai tradizionali ambulatori generali, anche gli ambulatori di gravidanza a termine e di gravidanza a rischio e posti di sub-intensiva.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- Le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia **sede di Punti Nascita 2° livello**, in aggiunta alle strutture ambulatoriali, devono disporre di un servizio di Pronto Soccorso Ostetrico nonché di posti letto destinati all'osservazione breve (O.B.I.) delle gravide che, sulla base del codice di triage ostetrico assegnato all'ingresso, risultano meritevoli di sorveglianza clinica e monitoraggio strumentale, pur in assenza di necessità immediata di ricovero ospedaliero.
- La compilazione dell'Agenda della Gravidanza è uno strumento essenziale sia per la presentazione della paziente all'ospedale, sia in fase post-dimissione, quando la puerpera viene riaffidata alle strutture territoriali, prevedendo anche l'integrazione anche del neonato, sino a 6 mesi di vita, nel percorso assistenziale e deve essere compilato da tutte le strutture pubbliche e private



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

12. INDICATORI

I risultati delle azioni conseguenti al PDTA devono essere oggetto di monitoraggio e valutazione in termini di impatto clinico ed economico, mediante l'utilizzo dei seguenti specifici indicatori da applicare preferibilmente su base provinciale:

INDICATORI DI PRIMO LIVELLO ³¹

Rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio CEDAP e SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

La maggior parte di questi indicatori vengono routinariamente calcolati dai flussi correnti e dal PNE e possono essere utilizzati anche ai fini del monitoraggio delle Reti.

INDICATORI DI SECONDO LIVELLO:

Non sono direttamente calcolabili a partire dai flussi informativi correnti ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti, quali ad esempio SDO, CEDAP, EMUR, con il Sistema Informativo Anagrafe Tributaria e possono altresì essere integrati con ulteriori indicatori proxy della valutazione dell'assistenza territoriale.

PRIMO LIVELLO:

- Parti: volume di ricoveri
- Proporzioni di parti con taglio cesareo primario
- Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
- Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio
- Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
- Parto analgesia
- Lacerazioni di III e IV grado

³¹ Indicatori previsti dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 24/01/2018):



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- Isterectomie post partum
- Donne con emorragia > 1000 ml
- Numero di neonati ricoverati in TIN
- Numero di donne trasferite
- Numero di neonati trasferiti
- Numero di neonati trasferiti perchè nati in luogo non appropriato
- Percentuale di neonati, in PN senza TIN, trasferiti entro le prime 72 ore

SECONDO LIVELLO

- Volume dei back transport da hub a spoke per donne
- Volume dei back transport da hub a spoke per neonati
- Supporto alle donne in sala parto (one to one)
- Proporzione di neonati ricevono contatto "pelle a pelle" con la mamma, immediatamente dopo il parto rispetto a tutti i parti con le stesse caratteristiche.



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

13. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Come detto nell'introduzione, il PDTA non rappresenta uno strumento chiuso e rigido, ma in divenire in un processo di continuo miglioramento.

In particolare sono state individuate le seguenti azioni di possibile miglioramento:

1. Ottimizzazione strutturale e tecnologica degli Ambulatori e dei Punti Nascita secondo quanto previsto dal DM 70/2015;
2. Formazione continua del personale sanitario sulle procedure operative del presente PDTA;
3. Implementazione e monitoraggio costante delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali 6 e 16;
4. Recepimento e Implementazione delle Linee Guida specifiche riconosciute nel SNLG dell'ISS/SNLG e delle direttive regionali;
5. Implementazione della checklist di sala parto promossa dall'OMS. (Vedi allegato 2)
6. N. di segnalazioni pervenute attraverso il sistema di Incident Reporting all'U.O. Rischio Clinico (SIMES)
7. N° RCA effettuate/N. segnalazioni pervenute all'U.O. Rischio Clinico
8. N° RCA effettuate /numero totale di eventi sentinella
9. N. operatori formati sulla Procedura Aziendale per anno/numero totale di personale coinvolto nel processo assistenziale



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

**14. LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DEL PDTA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE
E PRIVATE ACCREDITATE^{32,33}.**

Ciascuna struttura pubblica o privata implementerà il PDTA regionale in relazione al proprio contesto clinico-organizzativo, strutturale e di risorse umane e tecnologiche. Sarà cura delle Direzioni Aziendali, Ospedaliere e Territoriali pubbliche e private attivare un Piano di Implementazione del PDTA che deve comprendere anche un piano di monitoraggio dello stesso. A tale fine si riportano di seguito le indicazioni per la progettazione di un piano di implementazione.

Fase I

Le Direzioni sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate dovranno costituire dei gruppi di lavoro dei professionisti delle aree di interesse (ostetriche, ginecologi, neonatologi, anestesisti, infermieri) che, dopo aver condiviso la rilevanza e la validità del PDTA della gravidanza, ne valuteranno le modalità per l'applicabilità nel contesto specifico in cui operano.

Fase II

Il gruppo di lavoro identificherà i fattori favorenti e/o ostacolanti l'implementazione del PDTA (fattori legati all'organizzazione, all'ambiente di lavoro e agli individui) al fine di promuovere azioni di miglioramento per rimuovere le eventuali barriere e valorizzare i fattori facilitanti.

Sono fattori favorenti:

- cultura dell'organizzazione orientata alla qualità ed al miglioramento continuo;
- motivazione del personale coinvolto e sua disponibilità al cambiamento;
- chiarezza dei benefici conseguenti all'applicazione del PDTA e dei rischi connessi al suo mancato utilizzo;
- presenza di indicatori misurabili che dimostrino la riduzione degli eventi avversi

Sono fattori negativi o barriere:

- obiettivo non compreso e condiviso dai professionisti;
- il tema affrontato non è considerato prioritario;
- leadership debole a livello di reparto/dipartimento;
- insufficiente condivisione dei contenuti del PDTA e delle sue effettive ricadute sulla pratica clinica;

³² Linee-guida per la pratica clinica. Metodologia per l'implementazione di Alessandro Liberati, Luciana Ballini Ed. Pensiero Scientifico 2009

³³ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

- inerzia al cambiamento di abitudini e prassi consolidate;
- ambiguità nella definizione di ruoli e responsabilità all'interno dell'équipe.

Fase III

Nella scelta delle modalità più efficaci per implementare il PDTA, così come per qualsiasi strumento di governo clinico, è utile individuare i valori, gli interessi e le persone con forte motivazione, coinvolgere opinion leader ed altri portatori di interesse.

Fase IV

Per promuovere i cambiamenti comportamentali, dopo aver elaborato la propria procedura locale che rende applicabili il PDTA regionale, si suggerisce di fare ricorso ad alcune metodologie di implementazione, documentate in letteratura, e da utilizzare in associazione quali:

- diffusione tramite gli strumenti già in uso nell'azienda (intranet, distribuzione di materiale informativo, ecc.);
- incontri formativi interattivi, seminari e lezioni frontali;
- focus group con i professionisti, per identificare ed analizzare le barriere al cambiamento;
- Audit e feed-back sui casi e analisi e discussione di dati ed indicatori;
- Visite di facilitatori/esperti che incontrano i professionisti nel loro contesto di lavoro (Educational Outreach Visit – EOVI);

Fase V

Elaborazione del piano di implementazione che specifichi le azioni, i tempi, le responsabilità e gli strumenti di valutazione (indicatori che consentano di misurare in maniera oggettiva il miglioramento ottenuto).



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Lista delle principali abbreviazioni

BMI = Body Mass Index o Indice di Massa Corporea

U.M. = Ultima Mestruazione

SSC = Early skin-to-skin contact

MEOWS = Modifies Early Obstetrics Worning Score

C.F. = Consultorio Familiare

HLA = Human leucocyte antigens

IAN = Incontri di Accompagnamento alla Nascita

I.S.S. = Istituto Superiore di Sanità

IVG = Interruzione Volontaria di Gravidanza **LEA** = Livelli Essenziali di Assistenza

LL.GG. = Linee Guida

NT = Translucenza nucale

O.B.I. = Osservazione Breve Intensa

O.M.S. = Organizzazione Mondiale della Sanità **PA** = Pressione Arteriosa

PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale **PLS** = Pediatria di Libera Scelta

POMI = Progetto Obiettivo Materno Infantile **SCO** = Sangue da Cordone Ombelicale

VBAC = Vaginal Birth After Cesarean section o parto vaginale dopo taglio cesareo



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

Allegato 1

FATTORI SOCIALI (Da 1 a 9)	Principali fattori di rischio materno/fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)	Nome e Cognome Paziente:
MALATTIE PRE-ESISTENTI ALLA GRAVIDANZA (da 10 a 31)	1. Et� < 16 > 35 > 40* (>RT)	Nome e Cognome Medico:
	2. Malnutrizione BMI < 18; Obesit� BMI > 30; BMI > 35 *(>RT) BMI= Kg/m2	
	3. PMA (procreazione medico-assistita) *	
	4. Svantaggio sociale /Violenza di genere / Mutilazioni genitali femminili	
MALATTIE PRE-ESISTENTI ALLA GRAVIDANZA (da 10 a 31)	5. Scarsi o ritardati controlli in gravidanza	Nome e Cognome Ostetrica/o:
	6. Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza	
	7. Abuso di tabacco (LBWI / >>Monossido di carbonio >> Ematocrito fetale)	
	8. Abuso di alcool (Sindrome alcolica fetale /Malformazioni congenite) **	
	9. Uso di Droghe (Cocaina Eroina e metadone morfina) **	
	10. Malattie Cardiache (congenite, ischemiche, valvolari) Rischio lieve-medio*-alto**	
	11. Ipertensione / Preeclampsia in precedenza	
	12. Malattie respiratorie (Asma severo, fibrosi cistica) *	
	13. Malattie renali (insufficienza renale acuta o cronica) *	
	14. Alterazioni endocrino-dismetaboliche o Diabete compensato o scompensato *	
	15. Malattie neurologiche (es. sclerosi multipla, epilessia)	
	16. Malattie muscolo-scheletriche (scoliosi, M. connettivo, Traumi bacino)	
	17. Attuali o pregressi incidenti cerebrovascolari **	
	18. Malattie Ematologiche (Trombocitopenia, trombofilia (>RT) isoimmunizz. M-F**	
	19. Trapianto d'Organo**	
	20. Malattie autoimmuni (>RT) -Malattie reumatiche	
	21. Malattie psichiatriche trattate con farmaci	
	22. Malattie infettive (Influenza, sifilide, HIV, HCV, HBV, MST, TORCH, Streptococco, TBC) *	
	23. Epatopatie attive (steatosi, insufficienza epatica lieve, media, grave **)	
	24. Infezioni urinarie- Cistiti ricorrenti-Calcolosi renale	
	25. Tumori maligni**	
	26. Pregressa Tromboembolia (>RT)	
	27. Malformazioni Uterine/ Metroplastiche	

Gravidanza a basso rischio: assenza di patologie e di condizioni di rischio

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o pi  fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologo)

Gravidanza a medio-alto rischio*: patologia e/o quadro clinico in trattamento che necessita una valutazione multidisciplinare.

Gravidanza ad alto rischio ** (anche ***) Presenza di patologie e condizioni di rischio che richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessit  assistenziale.

In caso di ***Rischio placentazione (previa con pregresso TC /accreta /percreta /incrimata) *** Il trasferimento deve avvenire in strutture di II  livello e con presenza di Radiologia Interventistica.

In rosso =>RT => RISCHIO TROMBOEMBOLICO (Et >40; BMI>35; Trombofilia; Malattie autoimmuni; Pregressa tromboembolia; Parit >3)

Sottolineato= fattori di rischio per PPH



MALATTIE IN GRAVIDANZA (da 32 a 35) ALTRI FATTORI DI RISCHIO DELLA GRAVIDANZA ATTUALE (da 36 a 41)	28. Momi 29. Aborto abituale (> 3) * 30. Parità > 3 (-RT) 31. Malattie Ereditarie in famiglia (anche partner) 32. Diabete Gestazionale * 33. <u>Preeclampsia/ Eclampsia / HELLP**</u> 34. Precedente EPP / Trasfusioni / Rischio rifiuto trasfusionale** 35. Colestasi gravidica* / Atrofia giallo acuta del fegato** 36. Taglio Cesareo pregresso (1-2-3) 37. Pregressa Chirurgia addomino-pelvica 38. Metrorragie (1°. 2°. 3° Trimestre) * 39. <u>Placenta previa*</u> 40. <u>Rischio placentazione (previa con pregresso TC /accreta /percreta/increta) ***</u> 41. <u>Altra patologia</u> 42. Rischio fetale individuato dai test di screening 43. Morte fetale o perinatale/Aborto tardivo/Parto Pretermine (>23 e < 34 w) ** 44. Pregresso nato con basso peso alla nascita (LBW) e ricoverato in TIN * 45. Diagnosi Prenatale invasiva / Cerchiaggio* 46. Rilievi ecografici anormali (strutturali fetali/anomalie genetiche) ** 47. <u>Gravidanze gemellari</u> monooriali mono-bi-amniotiche** 48. Anemia Emoglobinopatie (1° e 3° Trim. HB <11,0/ 2° Trim. HB <10,5) 49. Difetto di crescita accertato o sospetto / <u>Macrosomia fetale</u> 50. Presentazione anomala alla 32ª settimana 51. <u>Oligo-Polidramnios-Anidramnios</u>	RISCHIO FETALE (da 42 a 51)	RISCHIO/I: ☐ BASSO ☐ MEDIO ☐ MEDIO/ALTO ☐ ALTO Condizioni cliniche che giustificano l'assegnazione alla classe di rischio: LIVELLO ASSISTENZIALE ASSEGNATO: ☐ AMBULATORIO GENERALE DI GRAVIDANZA/CONSULTORIO ☐ GAR I LIVELLO ☐ GAR II LIVELLO ☐ PUNTO NASCITA I LIVELLO ☐ PUNTO NASCITA II LIVELLO ☐ ALTRO..... Data e Firma del Medico Firma dell'Ostetrica/o
--	--	---	---

Gravidanza a basso rischio: assenza di patologie e di condizioni di rischio
Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologo)
Gravidanza a medio-alto rischio*: patologia e/o quadro clinico in trattamento che necessita una valutazione multidisciplinare.
Gravidanza ad alto rischio ** [anche +*] Presenza di patologie e condizioni di rischio che richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.
In caso di ***Rischio placentazione (previa con pregresso TC /accreta /percreta/Increta) *** Il trasferimento deve avvenire in strutture di II° livello e con presenza di Radiologia Interventistica.
In rosso => RISCHIO TROMBOEMBOLICO (Età>40; BMI>35; Trombofilia; Malattie autoimmuni; Progressiva trombocitopenia; Parità>3)
Sottolineato=> fattori di rischio per PPH



DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA – COMITATO PERCORSO NASCITA REGIONALE (CPNR)

GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Assenza di fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (anamnesi generale pre-gravidica, gravidica precedente, gravidica attuale)

Presenza in carico ambulatoriale	37° settimana	PARTO
Consultorio/Ambulatorio ospedaliero generale di gravidanza	GAT	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO

GRAVIDANZA A RISCHIO

Presenza di uno o più fattori di rischio inquadrati in fase ambulatoriale (anamnesi generale pre-gravidica, gravidica precedente, gravidica attuale)

A sua volta classificata:

- **medio rischio** se presente uno o più fattori di rischio senza patologia

Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto Nascita I e II livello)	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO IN RELAZIONE AGLI STANDARD POSSEDUTI

- **medio/alto rischio** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento per cui è indispensabile una valutazione multidisciplinare

Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto Nascita I e II livello)	PUNTO NASCITA I e II LIVELLO IN RELAZIONE AGLI STANDARD POSSEDUTI

- **alto rischio** ogni gravidanza con patologia e/o quadro clinico associato (materna/fetale o della diade materno-fetale), in trattamento, per cui è necessaria una presa in carico multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale.

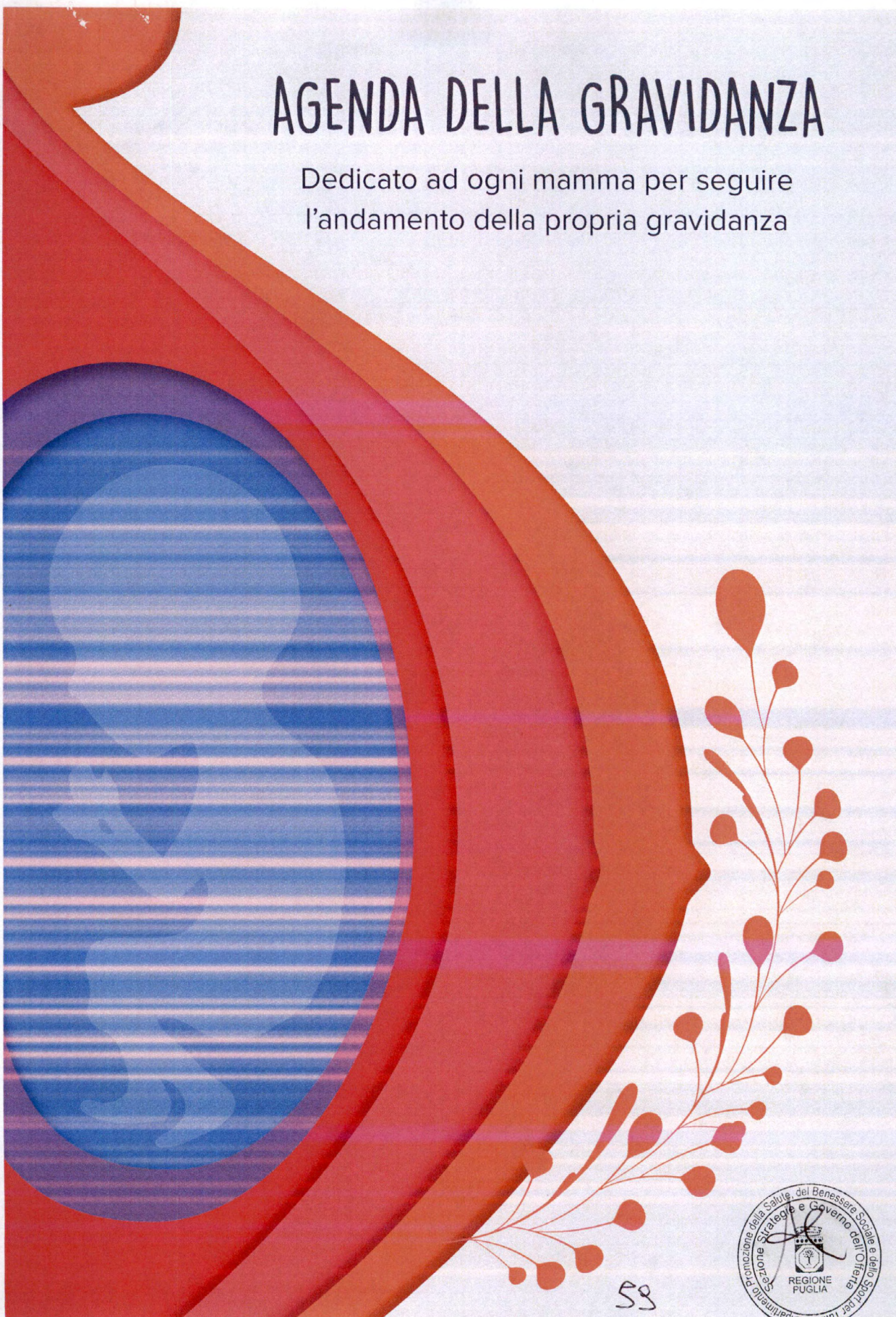
Presenza in carico ambulatoriale	TRAVAGLIO/PARTO
Ambulatorio GAR (Punto Nascita II livello)	PUNTO NASCITA II LIVELLO O CENTRI HUB IN BASE ALLA DISCIPLINA APPROPRIATA

N.B. L'insorgenza di complicanze a carico della gravida, del neonato, o di entrambi, durante il ricovero per travaglio e parto, non gestibili in un Punto Nascita di I o II livello, attiverà il percorso STEN/STAM secondo il modello Spoke su Hub, sia all'interno del DEA di appartenenza, sia verso Hub di altro DEA in base alla specialità richiesta.



AGENDA DELLA GRAVIDANZA

Dedicato ad ogni mamma per seguire
l'andamento della propria gravidanza



Per ricordare le emozioni di un periodo così magico

Potrai consultare i consigli dei nostri ginecologi e comprendere tutti i passaggi trimestre dopo trimestre.

In questo periodo delicato, un buon rapporto tra la mamma e i servizi socio-sanitari è fondamentale per promuovere la salute del bambino e per fornire loro una migliore assistenza.



**REGIONE
PUGLIA**

**L'Agenda è stata realizzata dal Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti"**

Illustrazioni e progetto grafico di

Stampato da

2019



60

COS'È L'AGENDA DELLA GRAVIDANZA?

È un **mezzo informativo** che accompagna la donna, durante tutto il periodo della gravidanza, sostenendola nella gestione di uno dei momenti più belli ed importanti della vita.

Il Percorso Nascita che la Regione Puglia propone con l'Agenda della gravidanza, non limita l'evento nascita al parto, ma ne considera i bisogni, le implicazioni psicologiche, sociali e relazionali dal concepimento fino alla delicata fase del rientro a casa.

L'Agenda è un prezioso strumento di collegamento tra le mamme, i servizi territoriali (Consultori) e quelli ospedalieri (Punti nascita).

Mediante l'Agenda le mamme ricevono informazioni sulle:

- diverse alternative assistenziali, in particolare negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN);
- direttive scientifiche ispirate alle linee guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica emanate dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'agenda è divisa in tre sezioni:

il **“Diario della gravidanza”**, di colore verde, pensato come una guida che, trimestre dopo trimestre, illustra l'assistenza che ti viene proposta;

la **“Scheda della gravidanza”** o bilancio di salute, di colore rosa, in cui l'operatore che segue la gravidanza ne descrive il decorso;

le **“Schede informative”**, di colore arancione, dedicate ognuna ad un tema specifico (stili di vita, sostegno durante il travaglio, allattamento al seno, tutele normative, etc..) per individuare facilmente le risposte ai dubbi ed alle perplessità più comuni in gravidanza e nei primi giorni dopo la nascita.

La lettura del Diario della gravidanza e delle Schede informative sarà integrata dalle spiegazioni riceverai dialogando con i professionisti (ostetrica, ginecologo, medico di medicina generale, pediatra, psicologo).

L'Agenda della Gravidanza ti viene consegnata dall'operatore sanitario durante la prima visita a tutte le donne gravide residenti nella **Regione Puglia** all'interno di:

- Consultori Familiari (anche durante Incontri di Accompagnamento alla Nascita);
- Ambulatori pubblici ubicati nei Distretti e nelle U.O. di Ginecologia e Ostetricia della Regione, compresi i medici del reparto che svolgono attività in ALPI o in extramoenia;

Come si usa l'Agenda della Gravidanza

Potrai conservare la tua Agenda personale durante tutto il percorso di gravidanza e fino al momento della nascita. Ogni operatore sanitario (pubblico o privato) avrà cura di compilare e tenere aggiornata l'agenda con i dati clinici, le indicazioni terapeutiche, i documenti raccolti durante la gravidanza (referti di consulenze specialistiche, ricoveri ospedalieri, passaggi in Pronto Soccorso, esami di laboratorio) i percorsi scelti dalla donna.



La signora _____

Consegnata da _____

- | | |
|--|--|
| ☐ Ambulatorio distrettuale | ☐ Ambulatorio ospedaliero |
| ☐ Ambulatorio privato | ☐ Consultorio Familiare |
| ☐ Consultorio Familiare-Incontro Accompagnamento alla Nascita IAN | |

Data di consegna ____ / ____ / ____



INDICE

Il Diario della Gravidanza

Il Diario della Gravidanza	6
Primo trimestre	7
Secondo trimestre	8
Terzo trimestre	9
Vaccinazioni della madre	10
Vaccinazioni del bambino	10
Attestato di gravidanza	11
Incontri di accompagnamento alla nascita	12
Calendario degli incontri di accompagnamento alla nascita	13
Informazioni utili per il percorso nascita	14

Bilancio di salute

Bilancio di salute	15
Scheda della gravidanza	15
Criteri per l'attribuzione del profilo assistenziale appropriato	18
Diario degli esami di laboratorio	20
Screening prenatale	22
Informazioni per il consenso all'esecuzione del test HIV	27 29
Modulo di invio dal servizio territoriale al Punto Nascita	31 33
Scheda accettazione	34 36
Foglio dimissione ospedaliera	37 39
Adezione al programma di assistenza territoriale in puerperio	40 42
Assistenza in puerperio	43
Registro visite	44

Schede informative

Schede informative	45
Esami di laboratorio	45
Ecografie	46
Gravidanza a termine	47
Fisiologia del travaglio e del parto	48
Allattamento	51
Benessere psichico	52
Donazione del cordone ombelicale	52
Alimentazione e igiene	53
Altre informazioni utili	55



IL DIARIO DELLA GRAVIDANZA

Potrai scegliere se intraprendere il percorso di cura tramite il Consultorio (dove è presente una Ostetrica e un Ginecologo) oppure tramite un Ginecologo presso un Ambulatorio pubblico o privato. L'ostetrica, il Medico di Medicina Generale (MMG), i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la **rete di assistenza integrata** alla donna in gravidanza.

Lo stato di salute della donna influenza l'andamento della gravidanza: una donna non portatrice di malattie croniche, che non assume farmaci o droghe, ha elevata probabilità di avere una normale gravidanza, un parto e dopo-parto normali.

La gravidanza con queste caratteristiche viene definita "**gravidanza fisiologica senza fattori di rischio** (a basso rischio)" (circa 85% delle donne).

Alle donne con gravidanza fisiologica (a basso rischio) è offerto il modello assistenziale basato sulla **presa in carico da parte dell'ostetrica**.

Per le gravidanze con problemi di salute della madre e/o del feto è prevista un'assistenza addizionale di un medico-ostetrico che, quando necessario, terrà i contatti con gli altri specialisti. La gravidanza con queste caratteristiche è definita "**gravidanza a rischio**". Il rischio può essere medio, medio-alto o alto.

Il Bilancio di Salute, contenuto nella tua Agenda, è un importante strumento di comunicazione della relazione di cura e cambia a seconda dello stato della gravidanza. In entrambi i casi (gravidanza fisiologica o a rischio), l'operatore sanitario **raccoglie l'anamnesi**, si affida alle evidenze scientifiche, valuta gli elementi clinici, indica alla donna il percorso che la condurrà alla nascita del suo bambino all'interno del **Bilancio di salute**.

Gli incontri e il benessere psichico

Il **primo incontro** con l'operatore sanitario ha durata maggiore rispetto ai successivi e dovrebbe avvenire subito dopo la scoperta della gravidanza, allo scopo di programmare senza difficoltà i controlli clinici opportuni.

Durante il primo colloquio:

- presenterai all'operatore gli eventuali esami già effettuati (gruppo sanguigno, referti con eventuali patologie, la documentazione relativa a precedenti visite ginecologiche, esiti di pap-test;
- l'operatore sanitario raccoglierà le informazioni sulla tua salute, del tuo partner e delle rispettive famiglie, informazioni utili per fare diagnosi di gravidanza a basso rischio o a rischio;
- si valuterà la presenza di eventuali rischi per la gravidanza o per il bambino e la necessità di assistenza addizionale.

Dopo aver valutato lo stato di salute:

- la donna con gravidanza a basso rischio (fisiologica) continuerà il percorso con l'operatore prescelto e da cui verrà presa in carico;
- la donna con gravidanza a rischio (medio, medio-alto ed alto rischio) continuerà il suo percorso presso l'ambulatorio ospedaliero di gravidanza a rischio (GAR).

N.B. In caso di patologie croniche, malattie in corso, assunzione regolare di farmaci o nel caso si vogliano eseguire esami di screening e/o diagnosi prenatali, si rende ancora più necessario essere tempestivi nel fissare la prima visita. Se non hai mai effettuato la determinazione del Gruppo sanguigno, verrà programmata al primo controllo.

Durante le visite successive vengono valutati i dati che permettono di verificare il buon andamento della gravidanza attraverso indagini cliniche.

Potrebbero essere necessarie:

- l'**esplorazione vaginale** in presenza di contrazioni o altri disturbi vaginali;
- il **controllo ecografico** quando l'operatore sanitario sospetta delle anomalie.

La valutazione clinica terrà conto delle sensazioni, percezioni e preoccupazioni della donna, inclusi i movimenti del feto, che inizierai a percepire a partire da 16-20 settimane di gravidanza. Durante gli incontri vengono valutati i risultati degli esami di laboratorio già effettuati e ne vengono prescritti di nuovi secondo le necessità cliniche.

PRIMO TRIMESTRE

(entro 14 settimane e comunque al primo controllo)

Il primo appuntamento con l'ostetrica dovrebbe avvenire entro la 6°-7° settimana per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza alla gravidanza.

In questo incontro saranno offerte informazioni su:

- assistenza e il sostegno alla donna in gravidanza, sui benefici di legge per maternità e paternità, sugli incontri di accompagnamento alla nascita, sugli stili di vita e su come gestire i sintomi più comuni;
- saranno misurati il peso e la pressione arteriosa;
- sulle diverse possibilità di diagnosi prenatale delle sindromi cromosomiche.

Sono proposti:

- esame delle urine per verificare la funzionalità renale;
- urinocoltura per rilevare una eventuale infezione delle vie urinarie;



- esame del sangue per determinare il gruppo sanguigno e il fattore Rh (se non già eseguito);
- esami per eventuale presenza di anemia o di altre malattie fra cui quelle infettive (toxoplasmosi, rosolia, sifilide, HIV);
- esame urine;
- Pap Test, se non è stato effettuato da almeno tre anni;
- esecuzione della 1^a ecografia da effettuare la 11^a e la 13^a settimana e programmazione dell'ecografia da effettuare nel secondo trimestre per rilevare eventuali anomalie del feto.

*n.b. esiste anche la possibilità di una ulteriore ecografia nelle prime settimane di gravidanza da erogare su indicazione.



SECONDO TRIMESTRE

(da 14 Settimane a 26 settimane)

Negli appuntamenti con l'operatore sanitario saranno commentati i risultati degli esami eseguiti e pianifica l'assistenza offerta durante il trimestre.

Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza ed eventualmente propone le modifiche necessarie;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml (eventualmente indica una terapia) e la pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale dalla 24esima settimana;
- l'esame del sangue per rosolia (fino alla 17 sett.) e quello della toxoplasmosi fino al termine (se non si è immuni);
- la necessità di esaminare la curva da carico di glucosio, se si appartiene a un gruppo a rischio per il diabete;
- la necessità dell'ecografia morfologica per la diagnosi di eventuali anomalie del feto, da eseguire fra la 19esima e 21 settimana. Informare la partoriente sugli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN").

Nel corso del secondo trimestre è inoltre necessario discutere ed eventualmente **programmare le vaccinazioni contro DTPa** (difterite, tetano, pertosse) e influenza che devono essere ripetute ad ogni gravidanza. Vedi La sezione Vaccini (pag 10)

TERZO TRIMESTRE

(dalla 26 Settimana)

Durante questo periodo verranno commentati i risultati degli esami eseguiti e discusse, insieme, le forme di assistenza prescelte per gli ultimi mesi di gravidanza e per il parto.



Durante gli incontri l'operatore sanitario verificherà:

- il piano di assistenza proponendo le eventuali modifiche;
- se il livello di emoglobina è inferiore a 10,5 g/100 ml, indicando eventualmente una terapia;
- il livello della pressione arteriosa;
- la distanza fondo uterino-sinfi pubica per la verifica dell'accrescimento fetale;
- la toxoplasmosi (se non immuni) e altre malattie infettive (epatite B e C, sifilide, HIV);
- il tampone per streptococco;
- la profilassi anti-D alle donne con fattore Rh negativo;
- l'esame delle urine.

Durante questi incontri sarai informata:

- sugli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) organizzati nei Consultori presenti sul territorio;
- sulle tecniche per aumentare la possibilità che un feto in presentazione podalica si giri (versione cefalica), come la moxibustione o le manovre esterne (a partire dalla 32-33esima settimana).

Dalla 34 esima settimana con l'operatore potrai:

- discutere del parto, del travaglio e delle opportunità a disposizione per affrontare il dolore;
- pianificare i contatti con l'ospedale prescelto per partorire;
- ricevere informazioni necessarie sull'assistenza dalla 40esima settimana e sull'assistenza post-parto (esami necessari dopo la nascita, sull'allattamento al seno e sulla cura del neonato).

Verso la **37^a settimana** il tuo "Bilancio di salute materno-fetale" potrà essere programmato presso il Punto Nascita individuato per il parto.

I medici prescelti, predisporranno la cartella clinica ospedaliera che verrà utilizzata durante il ricovero per la nascita.

Inoltre riceverai informazioni sul programma di monitoraggio del benessere fetale a partire dalla 41esima settimana, qualora il parto non fosse ancora avvenuto.

N.B. L'ecografia del 3^a trimestre è da eseguire solo su indicazione del medico

VACCINAZIONI PER LA MADRE

Di grande rilievo è la **vaccinazione dTpa** da effettuare ad ogni gravidanza, anche se la donna sia già stata vaccinata o sia in regola con i richiami decennali o abbia avuto la pertosse.

Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o mortale e la fonte di infezioni è frequentemente la madre.

Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è il terzo trimestre di gravidanza, idealmente intorno alla 28° settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

VACCINAZIONI PER IL NEONATO

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica per proteggere soggetti sani che, per alcune condizioni epidemiologiche, di salute, occupazionali o comportamentali, possono essere esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni.

I programmi di vaccinazione hanno anche lo scopo di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni.

Nel **Calendario Vaccinale per la Vita** della Regione Puglia sono riportate le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fascia d'età. Salvo alcune rare eccezioni, il primo appuntamento vaccinale è previsto al terzo mese, tra il 61° e il 90° giorno di vita del neonato.

Di solito, i neo-genitori ricevono una comunicazione dalla ASL di appartenenza con le indicazioni sulle modalità e sul servizio vaccinale cui rivolgersi. Il pediatra curante del piccolo è il riferimento più idoneo con cui confrontarsi per avere delucidazioni e chiarimenti. Ulteriori informazioni sono disponibili sul Portale della Salute della Regione Puglia, nella sezione Prevenzione/Vaccinazioni.



ATTESTATO DI GRAVIDANZA

La signora _____

nata a _____ il _____

residente a _____

in via _____

è attualmente in stato di gravidanza

Data dichiarata ultima mestruazione _____

data presunta del parto _____

Gravidanza diagnosticata con:

☐ Test immunologico effettuato in data _____

☐ Esame clinico effettuato in data _____

☐ Esame ecografico effettuato in data _____

Data _____ Firma e timbro dell'Operatore Sanitario attestante _____

L'elenco e la descrizione delle prestazioni dell'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) per la maternità si trovano, nella formulazione più aggiornata, sul sito Inps www.inps.it

Sul portale è possibile reperire:

- il numero verde del servizio informativo (**803164**);
- i moduli utili che possono essere scaricati e compilati (domanda di congedo per maternità delle lavoratrici dipendenti, autocertificazione relativa ai periodi di maternità e malattia, domanda di assegno di maternità, etc.).

68



INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (IAN)

Il Consultorio Familiare organizza gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Gli incontri di accompagnamento alla nascita rappresentano una preziosa opportunità per potenziare la prevenzione primaria in molteplici direzioni:

- favorire una **cultura della nascita in sintonia con i ritmi naturali** del parto e i bisogni affettivi della coppia e del bambino;
- ridurre il ricorso al taglio cesareo;
- promuovere condizioni di protezione rispetto agli incidenti domestici;
- diffondere la pratica dell'allattamento al seno;
- prevenire condizioni di vulnerabilità psico-sociale della coppia o del singolo;
- prevenire i disturbi di coppia;
- migliorare il benessere psico-affettivo del bambino, della neo-mamma e della coppia genitoriale.

Mediante gli IAN è possibile:

- aiutarti a comprendere le emozioni e i cambiamenti psico-fisici che intervengono in gravidanza;
- confrontarsi su aspettative e paure;
- ricevere informazioni sul travaglio, parto e allattamento al seno;
- istruirti all'uso di tecniche di contenimento del dolore;
- sostenerti nelle scelte e nel riconoscere i suoi bisogni;
- sviluppare la tua autostima attraverso l'empowerment.

Negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita sarai guidata verso una maggiore consapevolezza del tuo corpo attraverso la sperimentazione di movimenti, posizioni, modi di respirare (tecniche di gestione dello stress, tecniche del contenimento del dolore del parto).



Numero telefonico di riferimento _____

INFORMAZIONI UTILI PER IL PERCORSO NASCITA

I Servizi aziendali coinvolti nel percorso di nascita

- ☐ Consultorio
 ☐ Ambulatorio territoriale
☐ Ambulatorio ospedaliero
 ☐ Ambulatorio privato

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____ Email _____

Giorni/Orari apertura

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ☐ Lunedì | dalle _____ alle _____ | ☐ Giovedì | dalle _____ alle _____ |
| ☐ Martedì | dalle _____ alle _____ | ☐ Venerdì | dalle _____ alle _____ |
| ☐ Mercoledì | dalle _____ alle _____ | ☐ Sabato | dalle _____ alle _____ |

Medico Ginecologo _____

Ostetrica _____

Assistente Sociale _____

Psicologo _____

Altro Operatore _____

Punto Nascita

Unità Operativa _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____ Email _____

Operatore di collegamento _____

Medico di base

Nome _____

Cognome _____

Telefono _____

Giorni/Orari apertura

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ☐ Lunedì | dalle _____ alle _____ | ☐ Giovedì | dalle _____ alle _____ |
| ☐ Martedì | dalle _____ alle _____ | ☐ Venerdì | dalle _____ alle _____ |
| ☐ Mercoledì | dalle _____ alle _____ | ☐ Sabato | dalle _____ alle _____ |

Al primo incontro è utile chiedere indicazioni precise su cosa fare in caso di bisogno, dove e a chi rivolgersi in caso di emergenza.

BILANCIO DI SALUTE

SCHEDA DELLA GRAVIDANZA

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Data di nascita _____ Nata a _____

Anni _____ Stato civile _____

Cittadinanza _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Codice Fiscale _____

Se straniera:

Anno di ingresso in Italia _____

Necessita di mediazione ☐ sì ☐ no

Conoscenza dei diritti in gravidanza ☐ sì ☐ no

Coniuge – partner

Nome e Cognome _____

Gruppo sanguigno _____ Fattore RH _____

età _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Rilevi anamnestici (familiarità per malattie genetiche, etc..) _____



43

Situazione abitativa

Coabita con:

Partner ☐ sì ☐ noAltri adulti ☐ sì ☐ noMinori ☐ sì ☐ noIn carico ai servizi sociali ☐ sì ☐ no

Note _____

Anamnesi familiareMalattie generiche ☐ sì ☐ noIpertensione ☐ sì ☐ noDiabete ☐ sì ☐ noTrombofilia ☐ sì ☐ noTireopatie - Endocrinopatie ☐ sì ☐ no

Altro _____

Anamnesi Personale

Peso _____

Altezza _____

BMI _____

Alimentazione _____

Patologie di rilievo _____

Interventi chirurgici _____

Malattie genetiche _____

Emoglobinopatie _____

Allergie _____

Terapie in corso _____

N. sigarette/die (prima della gravidanza) _____

N. sigarette/die (durante la gravidanza) _____

Alcool ☐ sì ☐ noSostanze stupefacenti ☐ sì☐ no

Anamnesi Ostetrico-Ginecologica

Ultima mestruazione _____ Data presunta del parto _____

Ridatazione ecografica _____ Data presunta del parto ecografica _____

Cicli regolari ☐ sì ☐ no Ultimo PAP TEST _____

Patologie ginecologiche _____

Chirurgia collo dell'utero _____

Chirurgia utero-annessi _____

Parità

Anno	Parto eutocico	Parto distocico	T.C.	Aborti	IVG	Peso	Figli viventi	Parto in analgesia	Allat- mento

Note _____

75



CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PROFILO ASSISTENZIALE APPROPRIATO

Principali fattori di rischio materno/ fetale (da rivalutare ad ogni visita e al ricovero)		
Fattori sociali	1	Eta <16>35 >40* (>RT)
	2	Malnutrizione BMI <18; Obesità BMI >30; BMI > 35* (>RT) BMI = Kg/m2
	3	PMA (procreazione medico assistita)*
	4	Svantaggio sociale/Violenza di genere/ mutilazioni genitali femminili
	5	Scarsi o ritardati controlli in gravidanza
	6	Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza
	7	Abuso di tabacco (LBWI/ >>monossido di carbonio >> Ematocrito fetale)
	8	Abuso di alcool (sindrome alcolica fetale/malformazioni congenite)
	9	Uso di droghe (cocaina eroina e metadone, morfina)**
Malattie persistenti alla gravidanza	10	Malattie cardiache (congenite, ischemiche, valvolari) e relativo rischio
	11	Iperensione/ preclampsia in precedenza
	12	Malattie respiratorie (asma severo, fibrosi cistica)
	13	Malattie renali (insufficienza renale acuta o cronica)
	14	Alterazioni endocrino-dismetaboliche o diabete compensato/scompensato
	15	Malattie neurologiche (sclerosi multipla, epilessia)
	16	Malattie muscolo scheletriche (scoliosi, traumi al bacino)
	17	Attuali o pregressi accidenti cerebrovascolari
	18	Malattie ematologiche (trombocitopenia, trombofilia) (>RT) Isoimmunizzazione M-F**
	19	Trapianto d'organo
	20	Malattia autoimmuni (>RT) Malattie reumatiche
	21	Malattie psichiatriche trattate con farmaci
	22	Malattie infettive (influenza, sifilide, HIV, HCB, HBV, MST, TORCH, Streptococco, TBC)
	23	Epatopatie attive (steatosi, insufficienza epatica lieve, media, grave)**
	24	Infezioni urinarie- cistiti ricorrenti – calcolosi renale
	25	Tumori maligni
	26	Pregressa tromboembolia
	27	Malformazioni uterine/metroplastiche
	28	Miomi
	29	Aborto abituale (>3)*
	30	Parità (>3)*
	31	Malattie ereditarie in famiglia (anche partner)

Gravidanza a basso rischio: assenza di patologie e di condizioni di rischio

Gravidanza a medio rischio: presenza di uno o più fattori di rischio (escludono la valutazione ostetrica e richiedono la valutazione del medico ginecologico)

Gravidanza a medio/alto rischio: patologia e/o quadro clinico in trattamento che necessita di una valutazione multidisciplinare

Gravidanza ad alto rischio**(anche +): Presenza di patologie e condizioni di rischio che richiedono gestione multidisciplinare in centri ad elevata complessità assistenziale

In caso di doppio *** Rischio placentazione (previa con pregresso TC/accreta/percreta/incrcta)*** Il trasferimento deve avvenire in strutture di II livello e con presenza di radiologia interventistica.

46



Data ____ / ____ / ____

Altri fattori di rischio della gravidanza attuale	32	Diabete gestazionale
	33	Preeclampsia/eclampsia/HELLP
	34	Precedente EPP/Trasfusioni/rischio rifiuto trasfusionale
	35	Colestasi gravidica/Atrofia giallo acuta del fegat**
	36	Taglia cesareo pregresso
	37	Pregressa chirurgia addomino pelvica
	38	Metrorragie (1-2-3 Trimestre)
	39	Placenta previa*
	40	Rischio placentazione (previa con pregresso TC/ accreta/percreta/increta)***
	41	Altra patologia
Rischio fetale	42	Rischio fetale individuato dai test di screening
	43	Morte fetale o perinatale/aborto tardivo/parto pretermine (>23 e <34 w)**
	44	Pregresso nato con basso peso alla nascita (lbw) e ricoverato in TIN*
	45	Diagnosi prenatale invasiva/cerchiaggio*
	46	Rilievi ecografici anomali (strutturali fetali/anomalie genetiche)**
	47	Gravidanze gemellari monocoriali mono-bi-amniotiche**
	48	Anemia emoglobinopatie (1* e 3* TRIM. HB < 11,0/ 2 * Trim. HB < 10, 5)
	49	Difetto di crescita accertato o sospetto /Macrosomia fetale
	50	Presentazione anomala alla 32esima settimana
	51	Oligo-Polidramnios-Anidramnios

nome e cognome paziente _____

nome e cognome medic* _____

nome e cognome ostetric* _____

Rischio: ☐ basso ☐ medio ☐ medio/alto ☐ alto

Condizioni cliniche che giustificano l'assegnazione alla classe di rischio: _____

Livello assistenziale assegnato: ☐ ambulatorio generale di gravidanza/consultorio☐ GAR I Livello ☐ Gar II livello ☐ Punto nascita I Livello ☐ Punto nascita II livello☐ Altro _____

Firma del Medic* _____

Firma dell'ostetric* _____



DIARIO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO

ex DM 10/9/98

Esami eseguiti	In previsione	a inizio gravidenza	Settimane di gravidanza		
			≤ 13	14-18	19-23
Gruppo ABO					
Fattore Rh					
Coombs indiretto					
HIV					
Rubeo test					
Toxotest					
GOT/GPT					
VDRL/TPHA					
HBs Ag					
Emocromo					
Screening reg. Emoglobinopatie					
Ferritinemia					
Glicemia					
OGTT (se pregresso diabete gestazionale 16-18' W e succ. 28W, se presenti fattori di rischio tra 24 e 27 W)				Diabete Gest.le. Preg.so	
HCV					
Esame urine					
Urinocoltura					
Citologico vaginale (se > 3 anni)					
Tampone vaginale e rettale per ricerca streptococco Beta emolitico(34-36 sett.)					
Esami del padre eseguiti prima o ad inizio di Gruppo sanguigno ABO RH HIV TPHA/VDRL Screening reg. Emoglobinopatie					

- ☐ settimane in cui si raccomanda l'esecuzione dell'esame
☐ settimane in cui si raccomanda l'esecuzione nelle condizioni esplicitate nelle note



78

Segnalare l'esame eseguito in corrispondenza della casella.

* il test di Coombs va eseguito a tutte le gravide ad inizio di gravidanza e ripetuto alla 28^a W. In donne Rh negative va ripetuto ogni mese. Le LG consigliano l'immunoprofilassi anti D alla 28^a W. *Scienze della gravidanza* N. 1-2012

SCREENING PRENATALE

I test di screening prenatale servono ad evidenziare il rischio di alcune trisomie (21, 13, 18). Se da questi test emerge un rischio aumentato, si renderanno necessarie indagini diagnostiche specifiche invasive, che possano essere in grado di esprimersi con certezza.

I test disponibili sono:

- il **test combinato** 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)
- il **cfDNA (o NIPT) test del DNA fetale circolante (*)**

TEST SCREENING PRENATALE

Eseguiti presso _____

Test Combinato

Data _____

Esito _____

Valutazione:

Firma _____

NB. I test di screening non sono invasivi e quindi non comportano alcun rischio né per la donna né per il bambino.



DIAGNOSTICA PRENATALE INVASIVA

Eseguiti presso _____

Amniocentesi

Data _____

Esito _____

Villocentesi

Data _____

Esito _____

Valutazione:

Firma _____

* si suggerisce che, nel caso in cui la gestante si sottoponga al test del DNA fetale circolante, attualmente non erogabile con oneri a carico del SSN, salvo diverse disposizioni in materia, quest'esame venga eseguito dopo il test combinato (con esito: rischio intermedio). Le informazioni sullo screening e sulla diagnostica prenatale sono discusse durante il primo incontro.

81



CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE

La seguente dichiarazione è la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia: una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo le possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistano le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN:

Test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con l'ostetrica/medico dr. _____

in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

☐ non sottopormi al test di screening Firma _____

☐ sottopormi al test di screening Firma _____

Data _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO	☐ Si	☐ No
Villi coriali	☐ Si	☐ No
Amniocentesi	☐ Si	☐ No



CONSENSO INFORMATO SCREENING PRENATALE / copia per la struttura

La seguente dichiarazione è la "dichiarazione di consenso informato". Deve essere compilata e firmata in duplice copia: una resterà allegata all'Agenda, l'altra è legata all'impegnativa per l'esame e sarà conservata dal laboratorio. Firmando il documento "Manifestazione di volontà della donna relativamente allo screening per anomalie cromosomiche", la donna autorizza la esecuzione degli esami di screening e degli accertamenti diagnostici.

**Manifestazione di volontà della donna
sullo screening per anomalie cromosomiche**

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario. Sono stata informata riguardo le possibilità e i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (anche conosciuta come trisomia 21) e per le trisomie 18 e 13. Ho compreso che per le trisomie 21, 13 e 18 non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora le precedenti anomalie vengano riscontrate prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò, che verificherà se esistano le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978. Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive, quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali), a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa l'1% dei casi. Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, al di là del dato relativo all'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening più adeguato attualmente erogabile con oneri a carico del SSN:

Test combinato 11-13 sett. + 6 gg (ecografia + prelievo ematico)

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di trisomie 21, 13 o 18), si può procedere alla diagnosi mediante amniocentesi o prelievo dei villi coriali; se il test è "negativo" (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non dà "certezza" che il feto sia sano.

Ho discusso con l'ostetrica/medico dr. _____

in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Firma del sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date. Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

☐ **non sottopormi** al test di screening Firma _____

☐ **sottopormi** al test di screening Firma _____

Data _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE PRENATALE

Test COMBINATO	☐ Si	☐ No
Villi coriali	☐ Si	☐ No
Amniocentesi	☐ Si	☐ No



83

copia per la struttura



INFORMAZIONI PER IL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST HIV

L' HIV (Human Immunodeficiency Virus) è il virus che causa l'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), una malattia infettiva che attacca e compromette gravemente le difese del nostro organismo mettendo a rischio la vita, se non curata. Una persona che contrae l'HIV diventa sieropositiva e può trasmettere l'infezione ad altre persone. **Tutti lo possiamo contrarre.**

L'HIV si trasmette prevalentemente attraverso i rapporti sessuali non protetti (senza preservativo) con persone con HIV, tramite sangue (ad esempio attraverso aghi adoperati da persone con HIV), oppure da madre con HIV a figlio durante la gravidanza, al momento del parto o attraverso l'allattamento.

Effettuare il test HIV è particolarmente importante per le donne in gravidanza. Esistono terapie specifiche per ridurre fortemente la trasmissione dell'HIV dalla mamma al figlio.

È necessario che la coppia che pensa di avere un figlio si sottoponga al test HIV prima della gravidanza o al suo inizio per tutelare la propria salute e quella del bambino.

L'unico modo per sapere se si è contratto l'HIV è fare un'analisi che prevede uno o più prelievi successivi di campioni di sangue. I tempi per l'esecuzione del test e per il ritiro dei risultati sono variabili per ragioni di tipo tecnico e indipendentemente dall'esito dell'analisi.

Gli operatori sanitari della struttura dove viene effettuato il test HIV sono a disposizione per fornire spiegazioni relative ai risultati dell'indagine diagnostica.

I risultato del test HIV

Se il risultato del test HIV è:

- **NEGATIVO/NON REATTIVO** significa che non ci si è infettati.
- **POSITIVO/REATTIVO**, occorre rivolgersi quanto prima a un Centro di Malattie Infettive per ricevere le cure necessarie a controllare l'infezione.

Si può imparare a proteggersi dall'infezione chiedendo informazioni al proprio medico o telefonando al Servizio (anonimo e gratuito) **"Telefono Verde AIDS"** dell'Istituto Superiore di Sanità – **800 861061**, dal lunedì al venerdì, dalle ore 13,00 alle ore 18,00.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Nel momento in cui si effettua l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV, ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

in proprio - nella qualità di _____

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con un operatore sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ____ / ____ / ____

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.



ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO / copia per la struttura

Nel momento in cui si effettua l'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV, ai sensi e per gli effetti del d. lgs. n. 196/2003, previa informativa, i dati vengono raccolti ai soli fini del consenso informato. Essi sono soggetti al segreto professionale e non saranno comunicati ad alcuno, ma conservati esclusivamente all'interno della struttura presso cui si è effettuato il test.

Consenso all'esecuzione del test hiv

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

in proprio · nella qualità di _____

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario attraverso:

- l'informativa fornita;
- il colloquio con un operatore sanitario.

Liberamente, spontaneamente e consapevolmente, esprimo il consenso all'effettuazione dell'analisi diagnostica tendente ad accertare l'infezione da HIV.

Data ____ / ____ / ____

Firma leggibile

Firma dell'Operatore

Privacy e gratuità

Il test HIV è gratuito e si può chiedere di eseguirlo in anonimato, in ogni caso è garantita la massima tutela della privacy ed il segreto professionale, anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno. La comunicazione del risultato del test HIV può essere data esclusivamente alla persona che si è sottoposta al prelievo (Legge 135 del 5 giugno 1990). La legge vigente protegge da discriminazioni derivanti dal risultare positivo all'HIV e assicura a tutte le persone, italiane e straniere, le eventuali terapie necessarie.

87



copia per la struttura

88



**MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE
AL PUNTO NASCITA / copia per la struttura**

Data ____ / ____ / ____

Servizio di invio _____

Telefono _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

U.M. ____ / ____ / ____

E.P.P. ____ / ____ / ____

E.P. ecografica ____ / ____ / ____

W _____

Priorità _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi _____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza _____



copia per la struttura

90



**MODULO DI INVIO DAL SERVIZIO TERRITORIALE
AL PUNTO NASCITA**

Data ____ / ____ / ____

Servizio di invio _____

Telefono _____

Medico ginecologo _____

Ostetrica _____

Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

U.M. ____ / ____ / ____

E.P.P. ____ / ____ / ____

E.P. ecografica ____ / ____ / ____

W _____

Priorità _____

Elementi di attenzione dall'anamnesi _____

Elementi di attenzione dall'evoluzione della gravidanza _____

91



33

SCHEDA ACCETTAZIONE**AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA**

- ☐ A basso rischio ed a termine
☐ Ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data ____ / ____ / ____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. ____ / ____ / ____ E.P.P. ____ / ____ / ____

U.M. ____ / ____ / ____ E.P. ecografica ____ / ____ / ____

W _____ Gruppo Sanguigno _____

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto ☐ No ☐ Si

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____**ESAME OSTETRICO** _____

Firma Operatore Sanitario _____



SCHEDA ACCETTAZIONE / copia per la struttura**AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA**

- ☐ A basso rischio ed a termine
☐ Ambulatorio per la gravidanza a rischio

Data ____ / ____ / ____

Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

U.M. ____ / ____ / ____ E.P.P. ____ / ____ / ____

U.M. ____ / ____ / ____ E.P. ecografica ____ / ____ / ____

W _____ Gruppo Sanguigno _____

La gravidanza è stata seguita presso: (indicare il numero di visite per servizio)

Consultorio di _____ N° _____

Studio Privato _____ N° _____

Ambulatorio di _____ N° _____

Ambulatorio gravidanza a rischio _____ N° _____

Elementi di rischio per il travaglio/parto ☐ No ☐ Sì

Specificare _____

Peso _____ PAO _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE _____

ESAME OSTETRICO _____

Firma Operatore Sanitario _____



copia per la struttura

84



FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA / copia per la struttura (A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data ____ / ____ / ____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____

età _____

Neonato: Cognome Nome _____

data nascita _____

sesso _____

PARTO

Data ____ / ____ / ____ ora ____ W ____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: ☐ spontaneo ☐ Indotto con _____Rottura del sacco amniotico: ☐ spontaneo ☐ artificialeModalità parto: ☐ Eutocico ☐ Distocico _____☐ TCSecondamento: ☐ Spontaneo ☐ Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____

Peso _____

Rianimazione: ☐ No ☐ Sì, con _____Taglio del funicolo: ☐ Sì, immediato ☐ Sì, ritardatoContatto pelle a pelle: ☐ Sì ☐ NoAllattamento: ☐ Precoce ☐ RitardatoProfilassi: ☐ Oculare ☐ Antiemor. ☐ Altro _____

ESAME CLINICO DELLA PUERPERA (alla dimissione)

Data ____ / ____ / ____

Utero _____

Perineo sutura: ☐ Sì ☐ NoEmorroidi: ☐ Sì ☐ NoCicatrice laparotomia: ☐ Sì ☐ NoMinzione: ☐ Regolare ☐ IrregolareAlvo: ☐ Regolare ☐ Irregolare

Fondo _____

Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONE

Nella struttura presenza di Rooming in: ☐ Sì ☐ No☐ Materno esclusivo☐ Complementare☐ Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____



35

copia per la struttura



96

FOGLIO DIMISSIONE OSPEDALIERA

(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Data ____ / ____ / ____

Madre: Cognome Nome _____

data nascita _____ età _____

Neonato: Cognome Nome _____

data nascita _____ sesso _____

PARTO

Data ____ / ____ / ____ ora ____ W ____

Profilassi antibiotica _____

Travaglio: ☐ spontaneo ☐ Indotto con _____Rottura del sacco amniotico: ☐ spontaneo ☐ artificialeModalità parto: ☐ Eutocico ☐ Distocico _____☐ TCSecondamento: ☐ Spontaneo ☐ Manuale

Profilassi anti D _____

NEONATO

APGAR _____ Peso _____

Rianimazione: ☐ No ☐ Sì, con _____Taglio del funicolo: ☐ Sì, immediato ☐ Sì, ritardatoContatto pelle a pelle: ☐ Sì ☐ NoAllattamento: ☐ Precoce ☐ RitardatoProfilassi: ☐ Oculare ☐ Antiemor. ☐ Altro _____**ESAME CLINICO DELLA PUERPERA** (alla dimissione) Data ____ / ____ / ____

Utero _____

Perineo sutura: ☐ Sì ☐ No Emorroidi: ☐ Sì ☐ NoCicatrice laparotomia: ☐ Sì ☐ No Minzione: ☐ Regolare ☐ IrregolareAlvo: ☐ Regolare ☐ Irregolare

Fondo _____ Cervice _____

ALLATTAMENTO ALLA DIMISSIONENella struttura presenza di Rooming in: ☐ Sì ☐ No☐ Materno esclusivo ☐ Complementare ☐ Artificiale

Controindicazioni all'allattamento naturale _____



**ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA
TERRITORIALE IN PUERPERIO***(A CURA DEL PUNTO NASCITA)*

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____ / _____ / _____

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa
ASL, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette
giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di:

☐ **NON ADERIRE**☐ **ADERIRE** al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:☐ assistenza domiciliare☐ assistenza ambulatoriale

Data _____ / _____ / _____ Firma _____

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapiti
telefonici al Consultorio di _____
per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

Data _____ / _____ / _____ Firma _____

L'operatore del punto nascita Firma _____

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

☐ No ☐ Si _____

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

☐ No ☐ Si _____

**ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA
TERRITORIALE IN PUERPERIO / copia per la struttura**
(A CURA DEL PUNTO NASCITA)

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nato/a _____ il _____ / _____ / _____

informata sull'offerta di assistenza territoriale in puerperio da parte dei Consultori di questa
ASL, che prevede una visita di controllo da parte degli operatori consultoriali entro sette
giorni dalla dimissione ospedaliera, dichiara di:

☐ **NON ADERIRE**

☐ **ADERIRE** al programma specificando eventualmente la sua preferenza per:

☐ assistenza domiciliare

☐ assistenza ambulatoriale

Data _____ / _____ / _____ Firma _____

La sottoscritta autorizza altresì il personale del Punto Nascita a segnalare i propri recapiti
telefonici al Consultorio di _____
per essere inserita nel programma di assistenza territoriale in puerperio.

Data _____ / _____ / _____ Firma _____

L'operatore del punto nascita _____ Firma _____

Segnalazione al consultorio di riferimento per presa in carico

☐ No ☐ Si _____

Segnalazione al pediatra di base per presa in carico

☐ No ☐ Si _____



copia per la struttura



100

ASSISTENZA IN PUERPERIO

Servizio

PUERPERA

☐ Visita domiciliare ☐ Visita ambulatoriale

I settimana

data ____ / ____ / ____

Genitali _____

Cicatrici _____

Alvo _____

Utero _____

Lochiazioni _____

Mammella _____

Minzione _____

Note _____

NEONATO

☐ Visita domiciliare ☐ Visita ambulatoriale

Giorni/settimane dal parto

data ____ / ____ / ____

Calo ponderale _____

Ritmi del bambino (sonno, pianto, evacuazione) _____

Ittero _____

Allattamento esclusivo _____

Allattamento misto _____

Allattamento artificiale _____

Preso in carico dal PLS _____

Note _____



REGISTRO VISITE

visita/controllo	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Età gestazionale								
P.a.								
Peso								
Edemi								
Albumina								
Glucosio								
Sedimento								
Urinocoltura								
WBE								
RCB								
HGB								
HTC								
MCV								
MCH								
PLT								
Glicemia								
Test Coombs Indiretto								
Toxoplasmosi Ab								
Rosolia Ab								
LUE (VDRL-TPHA)								
HCV Ab								
Epatite B (HBs Ag)								
HIV Ab								
Tampone vagino-rettale								
Streptococco B Emolitico								
Screening Clamidia								
OGTT								
BCF								
Movimenti fetali								
Presentazione								
Esplorazione vaginale								
Presentazione								
Problemi clinici emergenti								

Firma del professionista che ha in carico la Paziente

102



SCHEDE INFORMATIVE

ESAMI DI LABORATORIO

Gli esami di laboratorio servono a verificare la presenza di eventuali patologie che potrebbero avere effetti negativi sulla salute della mamma e del neonato. Diamo di seguito una sommaria descrizione degli esami previsti dal PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per la gravidanza fisiologica.

Gli esami che, secondo il calendario ministeriale, sono necessari per valutare il benessere di mamma e bambino, sono esenti da ticket.

1. **EMOCROMO:** rileva la quantità di globuli rossi, bianchi, emoglobina, piastrine presenti nel sangue. I valori di riferimento sono diversi in gravidanza. L'esame va eseguito entro le 13 settimane e ripetuto tra 28-32 e tra 33-37 settimane.
2. **GLICEMIA:** rileva la quantità di zucchero presente nel sangue. I valori di riferimento sono gli stessi, anche in gravidanza. Serve per valutare l'equilibrio dell'assorbimento degli zuccheri. Va eseguito entro le 13 settimane e va ripetuto tra 24-27 settimane in situazioni di rischio (OGTT).
3. **IG ANTITREPONEMA:** Verifica l'assenza della sifilide, malattia che ha inizialmente un decorso senza sintomi. La sifilide, che si può contrarre attraverso rapporti sessuali con persone malate, se non viene curata, comporta gravi danni fetali, fino alla morte del feto. La cura è a base di antibiotici che è possibile assumere anche in gravidanza.
4. **TOXOTEST:** ricerca gli anticorpi contro il toxoplasma, in assenza dei quali c'è rischio di infezione; pertanto l'esame va ripetuto. La toxoplasmosi contratta in gravidanza può essere causa di lesioni fetali: la cura varia in base all'età gestazionale.
5. **RUBEO TEST:** ricerca gli anticorpi contro la rosolia. Se la donna non ha mai contratto la rosolia, il rubeo test è negativo. In questo caso occorrerà evitare ogni contatto con persone malate e sottoporsi alla vaccinazione dopo il parto.
6. **ANTICORPI ANTI HIV:** ricerca la presenza o assenza di anticorpi contro il virus dell'AIDS. Si tratta di un esame della massima importanza. In caso di sieropositività è possibile intraprendere un percorso assistenziale specifico che limita le possibilità di contagio al figlio. Questo esame è tutelato dal consenso informato.
7. **ESAME URINE:** rileva le sostanze presenti nelle urine e l'eventuale presenza di batteri. L'esame delle urine deve essere effettuato con frequenza mensile.
8. **UROCULTURA:** verifica se la quantità di batteri eventualmente presenti nelle urine è segno di infezione delle vie urinarie.
9. **HCVAB:** ricerca la presenza di epatite C e ne valuta la contagiosità.
10. **HBSAG:** ricerca la presenza di epatite B. L'epatite B può essere trasmessa al neonato. Si esegue nel 3° trimestre. In caso di positività, al neonato verranno somministrate

gammaglobuline ed anticipata la prima vaccinazione alla nascita, invece che al terzo mese di vita.

11. **RICERCA DELLO STREPTOCOCCO BETA EMOLITICO GRUPPO B:** ricerca la presenza del batterio nel tampone vaginale e rettale. Si esegue a 36 – 37 settimane. Se l'esito è positivo, sarà necessario sottoporre la mamma ad una terapia antibiotica ed effettuare controlli sul neonato.
12. **ELETTROFORESI DELL'EMOGLOBINA:** è utilizzato per la prevenzione della Talassemia e di altre forme di emoglobinopatie. Deve essere richiesta se all'Emocromo l'MCH è < a 27.

Possono verificarsi circostanze che richiedano assistenza addizionale e, quindi, l'esecuzione di ulteriori e più specifiche indagini. Questi esami saranno richiesti dal ginecologo e sono esenti ticket, se sull'impegnativa è indicata la patologia ed il relativo codice di esenzione. Tutti gli altri esami eventualmente richiesti sono a carico dell'utente.

ECOGRAFIE

Con l'approvazione dei nuovi Lea, Livelli essenziali di assistenza, le ecografie previste dal Ministero della Salute durante i 9 mesi sono due, eppure un'indagine ISTAT dice che in media ogni donna ne esegue sei per gravidanza.

Ma serve davvero questo "supplemento"?

Intorno alle ecografie in gravidanza si crea un'aspettativa che spesso supera le reali potenzialità di questo strumento. Ci si aspetta che possa dirci "tutto" sul nostro piccolo e che più ne facciamo più sono le informazioni e le rassicurazioni che possiamo trarne. In realtà, in una gravidanza che procede in modo fisiologico le due indagini consigliate a livello ministeriale sono più che sufficienti, a meno che non insorgano fattori di rischio che richiedano esami più approfonditi ed ecografie di II livello.

Vediamo allora quali sono le caratteristiche delle due ecografie di routine, quali le informazioni che ci forniscono e le differenze rispetto a quelle "speciali". Le due ecografie in gravidanza previste dal Ministero della Salute sono completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, purché vengano effettuate nelle settimane previste. Le altre possono essere eseguite gratuitamente solo su specifica richiesta del ginecologo, che dovrà attestare la condizione di rischio della gravidanza.

L'ECOGRAFIA DEL 1° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

È forse quella più emozionante per la futura mamma, poiché le dà finalmente la certezza visiva di portare in grembo un bebè. È un esame molto importante poiché consente di confermare il corretto annidamento dell'ovulo fecondato nell'utero e di datare con maggiore precisione la gestazione. Un'informazione utile per calcolare, con un margine di errore di 3-4 giorni al massimo, la data presunta del parto (la "DPP" indicata nel referto). Si effettua tra la 11^a settimana e la 13^a settimana, e si può abbinare anche la valutazione della translucenza nucale che però deve essere eseguita solamente da ginecologi accreditati. Si tratta della misurazione della falda liquida che si accumula dietro la nuca del feto in quel periodo gestazionale e che, unita all'esame di un campione ematico, fornisce una stima del rischio

che il bambino sia affetto da alcune patologie, come le trisomie 21, 13 e 18. Si esegue per via addominale, cioè semplicemente appoggiando la sonda sulla pancia, come accade per le ecografie in gravidanza del secondo e del terzo trimestre.

Se necessario, si può eseguire prima della 11^a settimana, per motivi clinici o per una datazione dubbia, e in questo caso può essere necessario eseguirla per via transvaginale. Inoltre si può vedere se la gravidanza è singola o multipla e, nella seconda ipotesi, se i gemelli "abitano" nella stessa camera gestazionale e se hanno placente separate (corionicità), in modo da stabilire i controlli più appropriati.

L'ECOGRAFIA DEL 2° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

In base alle nuove linee guida deve essere effettuata tra la 19^a e la 21^a settimana di gestazione. Viene comunemente denominata morfologica poiché valuta l'anatomia dei vari organi del feto, al fine di individuare eventuali anomalie.

Tale ecografia va eseguita in questa epoca gestazionale perché il feto è abbastanza grande per poter analizzare alcune caratteristiche anatomiche che, col passare delle settimane, sarebbero più difficili da visualizzare a causa della fisiologica crescita fetale. Essendo un'indagine più complessa rispetto alla prima, richiede anche più tempo: 20-30 minuti rispetto ai 10-15 della precedente. Sul monitor, la futura mamma non riesce più a vedere il suo bambino per intero, ma solo per segmenti: la testolina, il braccio, la colonna vertebrale.

L'ECOGRAFIA DEL 3° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

(solo in presenza di rischio materno o fetale)

Si esegue fra la 30^a e la 32^a settimana, ma con l'approvazione dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza, viene offerta gratuitamente solo in presenza di un rischio di patologia materna o fetale. Questa ecografia serve per ricercare eventuali anomalie anatomiche che si possono manifestare tardivamente, verificare alcuni parametri per monitorare la crescita del bambino, controllare la quantità di liquido amniotico e la posizione della placenta, visualizzare la posizione fetale.

I nuovi Lea prevedono,? (Verificare) invece, un'ecografia gratuita alla 41^a settimana, per verificare la quantità di liquido amniotico presente nell'imminenza del parto.

GRAVIDANZA A TERMINE

A 37 + 0 SETTIMANE

Il bilancio di salute materno-fetale va effettuato presso il **Punto Nascita** scelto per il parto, o individuato come adatto per la situazione clinica.

Durante il primo incontro presso l'Ambulatorio per la Gravidanza a termine del Punto Nascita, vengono valutati:

- l'anamnesi
- lo stato di salute attuale
- l'esito degli esami ematochimici eseguiti in gravidanza
- le modalità previste per il parto.



105

In quest'occasione è molto importante discutere e chiarire ogni dubbio della donna sul parto, quali sono le sue aspettative e/o i suoi bisogni, e verificare se il Punto Nascita è in grado di dare risposte adeguate a richieste specifiche (es. situazioni cliniche particolari, orientamento per modalità del parto particolari, come l'immersione in acqua o l'analgesia peridurale, la donazione del sangue del cordone ombelicale, etc.).

In questo primo incontro viene anche illustrato alla donna il piano di assistenza personalizzato per le successive settimane di gravidanza e chiarite le regole del reparto quali la possibilità di essere accompagnate da un parente, orari di ricevimento, tempi di degenza per il parto.

DA 37 E 41 SETTIMANE

Si considerano a termine le gravidanze tra 37 e 42 settimane. Il giorno della nascita non è prevedibile ma la maggioranza dei bambini nasce intorno alla 40^a settimana. In quest'ultimo periodo il bambino perfeziona la maturazione di alcune funzioni, acquisisce peso e si posiziona per il parto. La mamma, a partire dalla 38^a settimana in genere respira meglio perché "l'addome si abbassa" ed incomincia a percepire le contrazioni che preparano al travaglio. Se appaiono segnali come gonfiori (edemi) alle gambe, ai polsi, al viso, o perdite di sangue o di liquido amniotico, dolori addominali, disturbi della vista o altre sensazioni percepite come fastidiose, o se non si percepiscono i movimenti abituali del feto, è importante andare al più presto al Punto Nascita per escludere condizioni di rischio materno e/o fetale.

Nelle gravidanze oltre le 41 settimane, o in quelle in cui si manifestano specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con più frequenza.

Cosa preparare per l'ospedale

- L'Agenda di Gravidanza
- Documento d'identità e tessera sanitaria
- Tessera TEAM per le donne straniere provenienti da paesi dell' UE
- Codice STP (stranieri temporaneamente presenti) per le donne appartenenti a paesi extra comunitari e senza permesso di soggiorno
- Codice ENI per le donne di paesi comunitari e senza permesso di soggiorno
- Effetti personali della mamma e del bambino consigliati dal Punto Nascita.

Quando andare in ospedale

- Quando le contrazioni sono regolari per intensità, frequenza e durata da almeno un paio di ore
- Quando avviene la rottura delle membrane amniotiche con fuoriuscita di liquido (perdita o rottura delle "acque")
- Quando le perdite di sangue sono maggiori di qualche goccia
- In tutti i casi in cui si hanno dubbi

FISIOLOGIA DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO

La natura ha programmato il parto in ogni dettaglio: normalmente è il feto a dare l'inizio, mettendosi in posizione favorevole alla nascita e stimolando l'inizio delle contrazioni uterine.



Sintomi prima del travaglio

Già nelle ultime settimane di gravidanza si possono manifestare dei sintomi che precedono il travaglio vero e proprio, cioè:

- contrazioni (compressione e indurimento dell'addome con sensazione di dolore alla schiena) saltuarie e irregolari, che possono anche sparire in breve tempo;
- perdita di muco mista a tracce di sangue (perdita del tappo mucoso);
- nausea e/o vomito.

Travaglio e parto

Nelle ore che precedono il travaglio (da poche ore a più di 24 ore), possono manifestarsi i seguenti sintomi:

Contrazioni

- diventano regolari per intensità, durata e frequenza;
- a differenza delle contrazioni precedenti il travaglio, queste contrazioni non si attenuano, anzi aumentano nel tempo;
- Piccole perdite di sangue legate alla preparazione del collo dell'utero;
- la perdita in genere è di poche gocce, rosso vivo.

Perdita di liquido amniotico

È dovuta alla rottura del sacco amniotico che avvolge il bambino. Il liquido amniotico di solito è incolore e inodore. La perdita è solitamente improvvisa ed abbondante.

Diarrea

È dovuta agli ormoni che preparano il collo dell'utero ed è utile per liberare l'intestino e preparare il corpo al parto.

FASI DEL TRAVAGLIO

Fase prodromica consiste nella "trasformazione del collo dell'utero", che si ammorbidisce, si assottiglia e si accorcia sino a diventare completamente piatto. La durata di questa fase può essere compresa tra qualche ora e qualche giorno.

Fase dilatante è il travaglio vero e proprio; serve a dilatare completamente il collo dell'utero, grazie alle contrazioni che diventano regolari per durata e frequenza. Ha inizio quando il collo uterino è completamente piatto. La durata è variabile: può essere anche molto veloce se il collo dell'utero è ben assottigliato e la testa del bambino è ben flessa nel bacino. La durata media è di 6-8 ore per una donna al primo parto e di 3-5 ore per una donna che ha già avuto almeno un parto.

Fase espulsiva è il momento finale del travaglio che porta alla nascita del bambino. Inizia quando la dilatazione raggiunge il diametro sufficiente a permettere il passaggio del feto.

Secondamento è la parte finale del parto. In questa fase avviene l'espulsione della placenta solitamente a breve distanza dal parto e comunque entro un'ora.

Post parto Dalle prime ore dopo il parto, e nei giorni successivi, l'ostetrica o il ginecologo controllano l'utero e le perdite vaginali (chiamate lochi o lochiazioni).



È di fondamentale importanza nei primissimi momenti, il contatto pelle a pelle e l'attacco precoce del bambino al seno della mamma.

Accogliere bene mamma e bambino vuol dire: rispettare la loro voglia/necessità di stare insieme, sforzarsi di capire le loro richieste e comunicare serenità. Avere il bambino vicino durante tutta la giornata permette alla madre di riconoscere le sue esigenze e di rispondervi a tempo; permette, inoltre, di adeguare i suoi ritmi a quelli del bambino, approfittando delle sue pause di sonno per riposare.

Il momento della dimissione dall'ospedale è l'occasione per un dialogo con gli operatori della nascita per concludere consapevolmente l'esperienza della gravidanza e del parto e aprire la nuova fase di vita della donna e della famiglia.

Puerperio è il periodo di tempo che va dal parto a circa 6 settimane dopo.

IL PARTO: FASI E INFORMAZIONI

La donna può scegliere dove partorire.

Tuttavia, in presenza di condizioni cliniche che richiedano assistenza specialistica o intensiva alla mamma ed al bambino è opportuno che la scelta si orienti, già prima del parto, verso quei Punti Nascita che forniscono tale assistenza (come la Terapia Intensiva Neonatale).

Modalità del parto

Il parto spontaneo vaginale è il parto prescelto dalle mamme in condizione fisiologica del parto.

Cosa è bene sapere sul parto spontaneo vaginale:

- provoca meno dolore dopo la nascita
- consente una ripresa fisica più facile dopo il parto
- aumenta il senso di autostima
- facilita la relazione con il bambino
- è associato con minor frequenza alla depressione dopo il parto
- consente una migliore esperienza per l'allattamento
- è associato con minor frequenza ad infezioni dopo il parto

Il parto cesareo (intervento chirurgico che consiste nell'incisione dell'addome e dell'utero) si rende necessario qualora ci siano condizioni di rischio per te e/o per il bambino.

Cosa è bene sapere sul parto cesareo:

- richiede una degenza più lunga
- provoca più dolore e maggiori difficoltà a muoversi e ad accudire il bambino nei giorni successivi al parto
- comporta maggiore rischio di infezione e di anemia
- comporta maggiori difficoltà all'avvio dell'allattamento
- ha un rischio più alto di mortalità materna
- aumenta la frequenza di patologie a carico della placenta nelle gravidanze successive.

Posizioni in travaglio e parto

Non esiste un'unica posizione raccomandata per il travaglio e il parto: l'ostetrica propone quelle più favorevoli alla progressione del parto ed al contenimento del dolore e invita la donna a scegliere quelle per lei più confortevoli.

In generale sono sconsigliate le posizioni sdraiate e supine.

La possibilità di muoversi e la posizione eretta durante il periodo dilatante e quella accovacciata/carponi durante il periodo espulsivo, sembrano quelle in grado di ridurre la durata del travaglio e garantire un maggiore benessere.

Dolore in travaglio

Il dolore del travaglio ha caratteristiche del tutto particolari e serve a promuovere il naturale svolgersi del parto e della nascita. Ogni donna ha una percezione del dolore in travaglio del tutto soggettiva, condizionata dalle condizioni fisiche, dalle emozioni, dalle circostanze sociali, culturali ed assistenziali.

Tuttavia i moderni ospedali dispongono di strategie per contenere il dolore in travaglio (naturali o farmacologiche):

Naturali, senza utilizzo di farmaci

- continuità dell'assistenza durante il travaglio e il parto
- rapporto "uno-a-uno" (una donna-un'ostetrica) al momento del travaglio-parto
- sostegno emotivo: comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte
- azioni di sollievo: potersi muovere durante il travaglio, poter scegliere la posizione per il parto, un ambiente-parto confortevole
- tecniche di rilassamento, massaggi

Queste semplici strategie e tecniche, in generale, riducono il bisogno di farmaci per il contenimento del dolore, riducono la necessità di interventi medici per il parto (uso di ossitocina, episiotomia, taglio cesareo) e aumentano la soddisfazione della donna per l'esperienza vissuta.

ALLATTAMENTO

È utile informarsi e discutere sulla scelta dell'allattamento già in gravidanza, coinvolgendo il partner magari anche i nonni per condividere con la famiglia informazioni e conoscenze indispensabili.

Allattare al seno è la naturale continuazione del rapporto speciale che si è creato con il piccolo durante la gravidanza.

È un momento ricco di emozioni, crea un legame intenso, unico e che aiuta te, mamma e il tuo piccolo a conoscervi e crescere. L'allattamento ottimale contribuisce a prevenire ogni forma di malnutrizione con effetti positivi permanenti su bambini e sulle madri.



BENESSERE PSICHICO

Entrambi i genitori durante la gravidanza vivono delle intense emozioni al pensiero del bambino che sta crescendo nell'utero della mamma.

Condividere le nostre preoccupazioni con persone di fiducia, o con i professionisti scelti (ostetrica, ginecologo, psicologo), chiedere aiuto durante la gravidanza o nel periodo del puerperio è importante per raggiungere e mantenere lo stato di benessere, non solo fisico, ma anche psichico.

Stili di accoglienza al neonato: rooming-in

È bene scegliere il Punto Nascita in cui partorirai anche in base alla presenza del rooming-in, consentendoti di rimanere sempre insieme al tuo bambino.

Il Punto Nascita è l'occasione per te, mamma e il tuo neonato per iniziare a conoscervi meglio, in un ambiente in cui possono avvalersi dell'esperienza degli operatori, per raccogliere conferme ed aiuto.

DONAZIONE DEL CORDONE OMBELICALE

Il sangue cordonale contiene cellule staminali del tutto simili a quelle contenute nel midollo osseo dal quale hanno origine i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine; per queste caratteristiche possono essere utilizzate per curare diverse malattie del sangue.

Il trapianto di cellule del sangue cordonale è una valida alternativa al trapianto del midollo osseo e presenta alcuni vantaggi per chi riceve il trapianto (minor rischio di rigetto, pronta disponibilità delle cellule).

Il sangue viene raccolto dal cordone ombelicale in una sacca sterile dopo il taglio del funicolo e prima dell'espulsione della placenta, in maniera indolore.

Per donare il sangue cordonale è necessario accertare con l'ostetrica o il ginecologo la propria idoneità alla donazione, la disponibilità del punto nascita al prelievo e firmare il consenso informato.

Esistono alcune controindicazioni alla donazione:

- Durata della gravidanza inferiore a 35 settimane
- Stato febbrile della madre
- Malformazioni congenite
- Malattie congenite della madre o del padre
- Rottura membrane da più di 12 ore
- Stress fetale
- Positività sierologica o rischio dei genitori di trasmettere malattie infettive.



ALIMENTAZIONE E IGIENE

L'alimentazione concorre al buon andamento della gravidanza e, se non vi sono carenze nutrizionali o altri problemi, non c'è motivo di modificare il proprio stile alimentare. Bisogna rispettare i propri desideri e, se si segue una dieta particolare, comunicarlo all'ostetrica/ginecologo.

Buone norme sempre, e tanto più in gravidanza, sono:

- preferire un'ampia varietà di alimenti come verdura e frutta di stagione (consumarne cinque porzioni frazionate nella giornata), pane, pasta, riso e altri cereali, latticini, carne, uova, pesce
- evitare sia digiuni prolungati che pasti molto abbondanti
- bere molta acqua
- consumare con moderazione grassi di origine animale, zucchero, sale
- mangiare possibilmente cibi freschi o ben cotti quando non si è certi della loro igiene
- evitare cibi preconfezionati
- riscaldare uniformemente i piatti e ad alte temperature
- si consiglia di non superare i 300 mg di caffeina al giorno, corrispondenti a due caffè, e di consumare con moderazione cioccolato e tè.

Per ulteriori informazioni:

Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - www.inran.it

Ci sono alcuni alimenti che se non consumati con le giuste accortezze possono essere la causa dell'insorgenza di alcune malattie, ad esempio *Listeria monocytogenes* e *Toxoplasma gondii*. La tabella riporta l'elenco dei cibi a cui fare attenzione, le malattie che possono generare ed i consigli per il consumo.

Igiene degli alimenti

Se il **toxotest** è negativo (cioè non si è mai contratta la toxoplasmosi) è necessario proteggersi in gravidanza e quindi occorre:

- lavare bene frutta e verdura
- evitare di mangiare carne cruda e di farla mangiare ai gatti
- indossare i guanti per maneggiare la carne cruda o lavarsi le mani subito dopo averla maneggiata
- lavare subito tutti gli utensili che sono stati a contatto con la carne cruda
- indossare i guanti per il giardinaggio e lavare bene le mani se si è toccata la terra
- se si ha un gatto in casa evitare di cambiare la cassetta della sabbia oppure farlo con i guanti. **Non è necessario allontanare il gatto.**
- qualunque animale si abbia in casa non è un pericolo ma è necessario seguire attentamente le comuni norme igieniche per la pulizia.

Per non contrarre la listeriosi è importante:

- bere solo latte pastorizzato o UHT
- non mangiare formaggi fatti con latte crudo
- non mangiare patè di carne freschi
- non mangiare pesce affumicato
- non contaminare i cibi in preparazione con cibi crudi
- non mangiare carne o cibi di gastronomia che non siano stati riscaldati ad alte temperature.

Per non contrarre la salmonella è importante:

- non mangiare uova crude o poco cotte
- cuocere bene tutti i cibi di origine animale
- tenere separati i cibi crudi da quelli cotti
- refrigerare a piccole dosi, per garantire il rapido abbattimento della temperatura
- proteggere i cibi dalla contaminazione di insetti e roditori
- lavare bene le mani prima, durante e dopo la preparazione degli alimenti. In generale è sconsigliata l'assunzione di fegato per l'alto contenuto di vitamina A.

Per prevenire l'infezione da citomegalovirus*:

- non condividere stoviglie (es. tazze, bicchieri, posate), cibo (es. assaggiare la pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (asciugamani, tovaglioli) strumenti per l'igiene (spazzolino da denti);
- non portare alla bocca succhiotti o ciò qualsiasi bimbo possa aver messo in bocca;
- non baciare altri bambini sulla bocca;
- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo aver: cambiato il pannolino, pulito il naso e la bocca del bambino o dopo fatto il bagnetto lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es seggiolone, box)

*Prevention of Primary Cytomegalovirus Infection in Pregnancy Maria Grazia Revello et all. EBioMedicine 2 (2015) 1205–1210.

Integratori

L'**acido folico** è l'unico integratore alimentare di cui è scientificamente dimostrata l'utilità per ogni donna a partire da due mesi prima del concepimento e nei primi tre mesi di gravidanza (la dose raccomandata è 0,4 mg al giorno).

Altri integratori alimentari sono necessari solo in particolari condizioni cliniche:

- la **Vitamina D**, quando c'è una scarsa esposizione al sole o si segue una dieta vegana
- il **Ferro**, quando è accertata la presenza di un'anemia da mancanza di Ferro
- in caso di diete particolari valutare l'assunzione di **Vitamina B12**.

Suggerimenti anti-nausea

Al mattino è consigliabile mangiare cibi secchi croccanti (tipo fette biscottate e pane tostato) ed evitare cibi ricchi di acqua o liquidi. Questo piccolo accorgimento permetterà di superare la crisi mattutina e di poter assumere cibi tradizionali nel resto della giornata.

Disturbi vari

Acidità gastrica: si può trovare sollievo modificando l'alimentazione (pasti piccoli e frequenti, riduzione dei cibi irritanti) e la postura dopo i pasti (eretta) e durante il sonno (sollevata). Gli antiacidi sono utilizzabili, per gli altri farmaci non ci sono dati sulla sicurezza.

Stipsi: l'introduzione di fibre alimentari può risolvere il disturbo o le emorroidi.

Vene varicose: indossare calze elastiche non previene le vene varicose ma potrebbe alleviarne i sintomi.

Perdite vaginali: un aumento nelle perdite vaginali è un cambiamento fisiologico della gravidanza. Un approfondimento diagnostico è necessario solamente quando le perdite sono associate a prurito, dolore, cattivo odore o dolore alla minzione.

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Fumo e Alcool

È severamente sconsigliato il fumo durante la gravidanza.

Il fumo aumenta il rischio di aborto spontaneo, di ridotta crescita fetale, di morte in culla del neonato, di malattie respiratorie del bambino.

Si consiglia di **non assumere alcoolici** durante il periodo dell'intera gravidanza. I danni più frequenti sono: aborto spontaneo, malformazioni fetali, ritardo di crescita fetale, ritardo mentale dopo la nascita. Se vi sono difficoltà, è necessario consultare i servizi specializzati nella cura e nell'aiuto.

Sostanze stupefacenti

(eroina, cocaina, anfetamina, etc.)

l'uso abituale di tali sostanze in gravidanza comporta danni differenti a seconda del tipo di sostanza assunta. I più frequenti sono: **aborto spontaneo, malformazioni fetali, parto pre-termine, ridotta crescita fetale, crisi di astinenza del bambino alla nascita**, rischio maggiore di **morte in utero o nei primi mesi dopo la nascita, alterazioni del comportamento e dell'apprendimento** del bambino durante la crescita.

La gravidanza in donne che fanno uso abituale di stupefacenti è considerata ad alto rischio e deve essere seguita in servizi specializzati.

Informazioni sui farmaci

Centro antiveleni degli Ospedali Riuniti di Bergamo, tel. **800883300** attivo 24 ore.

Tossicologia Perinatale dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze, tel. **055/4277731**, attivo lunedì ore 14.00-16.00, mercoledì e venerdì ore 10.00-12.00.

Telefono Rosso del Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, tel. **06/3050077** attivo da lunedì a venerdì, ore 9.00-13.00 e 14.00-16.00.



Servizio di Informazione Teratologica CEPiG (Centro per l'informazione genetica) dell'Università degli Studi - Azienda Ospedaliera di Padova, tel. **049/8213513**, fax **049/8211425**, attivo da martedì a venerdì, ore 15.00-17.00.

Filo Rosso, tel. **02/8910207**; **06/5800897**; **081/5463881**. Filo Rosso Genetico, tel. **0882/416291**.

Centro Antiveleni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "O.O.RR." di Foggia, tel. **800183459**, https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/54480/organizzazione

NB: È sempre necessario parlare di tutti i disturbi con chi ci segue e concordare la terapia insieme, dopo aver valutato il sintomo.

Rapporti sessuali

Le evidenze scientifiche dimostrano che i rapporti sessuali in gravidanza non creano problemi né alla mamma né al neonato. Alcune condizioni cliniche possono richiederne la momentanea sospensione (es. perdite ematiche, diagnosi invasive, presenza di contrazioni uterine, etc.).

La gravidanza può influire sul desiderio della donna, tali variazioni devono essere considerate normali e rispettate anche dal partner.

Attività fisica

in gravidanza avvengono modificazioni fisiche che aumentano temporaneamente la lassità dei legamenti, utile per il parto. Una moderata attività fisica (es. camminate, nuoto) favorisce la circolazione ed il benessere fisico generale. Sono da evitare attività che richiedano un intenso sforzo muscolare, sport particolarmente pesanti o a rischio di caduta.

Cura del corpo

le modificazioni fisiche che avvengono in gravidanza (aumento di volume dell'addome e del seno, modificazione della circolazione capillare) possono incoraggiare una diversa attenzione alla cura del corpo. In generale non è necessario cambiare le proprie abitudini e le tradizioni culturali nelle cure igieniche personali. Dal momento che non esistono studi scientifici sui prodotti per la cura del corpo si consiglia, in generale, di leggere attentamente l'etichetta e di controllare la compatibilità dei prodotti con la gravidanza.

Viaggi

Per viaggiare in Paesi per i quali sono consigliate vaccinazioni specifiche è bene attenersi alle indicazioni dei Centri di Medicina dei Viaggi (Struttura di Diagnosi e Cura delle Malattie del Viaggiatore - Vaccinazioni Internazionali ASL Roma/E di Via Plinio 31, tel. **06/68354005**).

In aereo

I lunghi viaggi aerei, a causa dell'immobilità che impongono, aumentano il rischio di trombosi venosa, ma non sono stati evidenziati rischi maggiori in gravidanza: è comunque consigliabile l'uso di calze elastiche compressive.

Ogni compagnia aerea ha regole proprie in tema di viaggi aerei e gravidanza. È sempre opportuno chiedere informazioni precise al momento della prenotazione del volo. Nell'interesse delle passeggere gravide, generalmente, è consigliato un limite che si colloca a 36 settimane per le gravidanze fisiologiche ed a 32 per quelle gemellari.

Dopo le 28 settimane le gestanti sono invitate a portare un certificato del medico che confermi il buon andamento della gravidanza e la data presunta del parto.

In auto

numerosi studi documentano anche per le donne in gravidanza i benefici derivanti dall'uso della cintura di sicurezza, posizionata correttamente. Sebbene la legge preveda la possibile esenzione per le donne in stato di gravidanza (Legge 284, 4 agosto, 1989, art. 1, punto f), l'uso della cintura di sicurezza è sempre raccomandato, salvo casi assolutamente eccezionali certificati dal medico curante.

Durante lunghi viaggi in auto è consigliabile programmare delle soste per sgranchirsi le gambe, svuotare la vescica, cambiare posizione, riattivare la circolazione.

Diritti in gravidanza

La legge italiana (D. Lgs. 151/2001) garantisce la protezione della salute della madre lavoratrice ed il diritto del bambino ad un'assistenza adeguata.

La donna lavoratrice dipendente ha diritto:

- a permessi retribuiti per effettuare esami prenatali, accertamenti clinici, visite mediche specialistiche, nel caso in cui questi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro
- al divieto di licenziamento che decorre dall'inizio della gravidanza fino al compimento di 1 anno di età del bambino
- a non essere sottoposta a lavori gravosi e/o insalubri
- a 5 mesi di astensione obbligatoria (congedo di maternità) dal lavoro, retribuita all'80% (in alcuni casi al 100%), tra prima e dopo la nascita del bimbo
- agli assegni familiari e agli sgravi fiscali per coniugi e figli a carico, anche per le donne immigrate; se la donna ha la cittadinanza italiana ha diritto agli assegni familiari anche per i figli minori residenti all'estero
- alla maternità retribuita anche se ha un contratto a tempo determinato
- alla riduzione dell'orario di lavoro per tutto il primo anno di vita del bambino.

Inoltre, entrambi i genitori lavoratori dipendenti hanno diritto ad un periodo di astensione facoltativa (congedo parentale), retribuita al 30% dello stipendio solo entro il terzo anno di vita del bambino, di cui si può fruire dopo il periodo di astensione obbligatoria ed entro l'8° anno di vita del bambino.

Può spettare sia alle madri che ai padri, fino a un massimo di 6 mesi (anche frazionati) per la madre, e di 7 mesi (anche frazionati) per il padre.

Alle donne lavoratrici autonome è riconosciuta una indennità di maternità per i due mesi precedenti la data del parto e per i tre mesi successivi alla data medesima.

L'indennità non comporta comunque obbligo di astensione dall'attività lavorativa autonoma.

Le donne con lavori atipici e discontinui che non beneficiano di indennità di maternità o che beneficiano di una indennità inferiore a un certo tetto, possono rivolgersi all'INPS dove troveranno assistenza e informazioni.

114



Le donne **non lavoratrici**, italiane, comunitarie o extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno, possono presentare domanda per l'assegno di maternità presso l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di residenza e/o alla sede INPS di residenza, entro 6 mesi dalla nascita del bambino.

Le donne senza permesso di soggiorno possono rivolgersi al Consultorio ed alle Associazioni di Volontariato che offrono accoglienza, informazioni, assistenza poiché la legge italiana garantisce l'assistenza sanitaria anche coloro che non detengono regolari documenti. Le mamme in queste condizioni possono fare richiesta di permesso di soggiorno per maternità con validità fino al sesto mese di vita del bambino.

Inoltre, in Italia, la Legge riconosce alla donna il diritto a partorire in anonimato in ospedale. La legge italiana consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2), affinché sia assicurata l'assistenza, l'adottabilità e la sua tutela giuridica.

Per approfondire

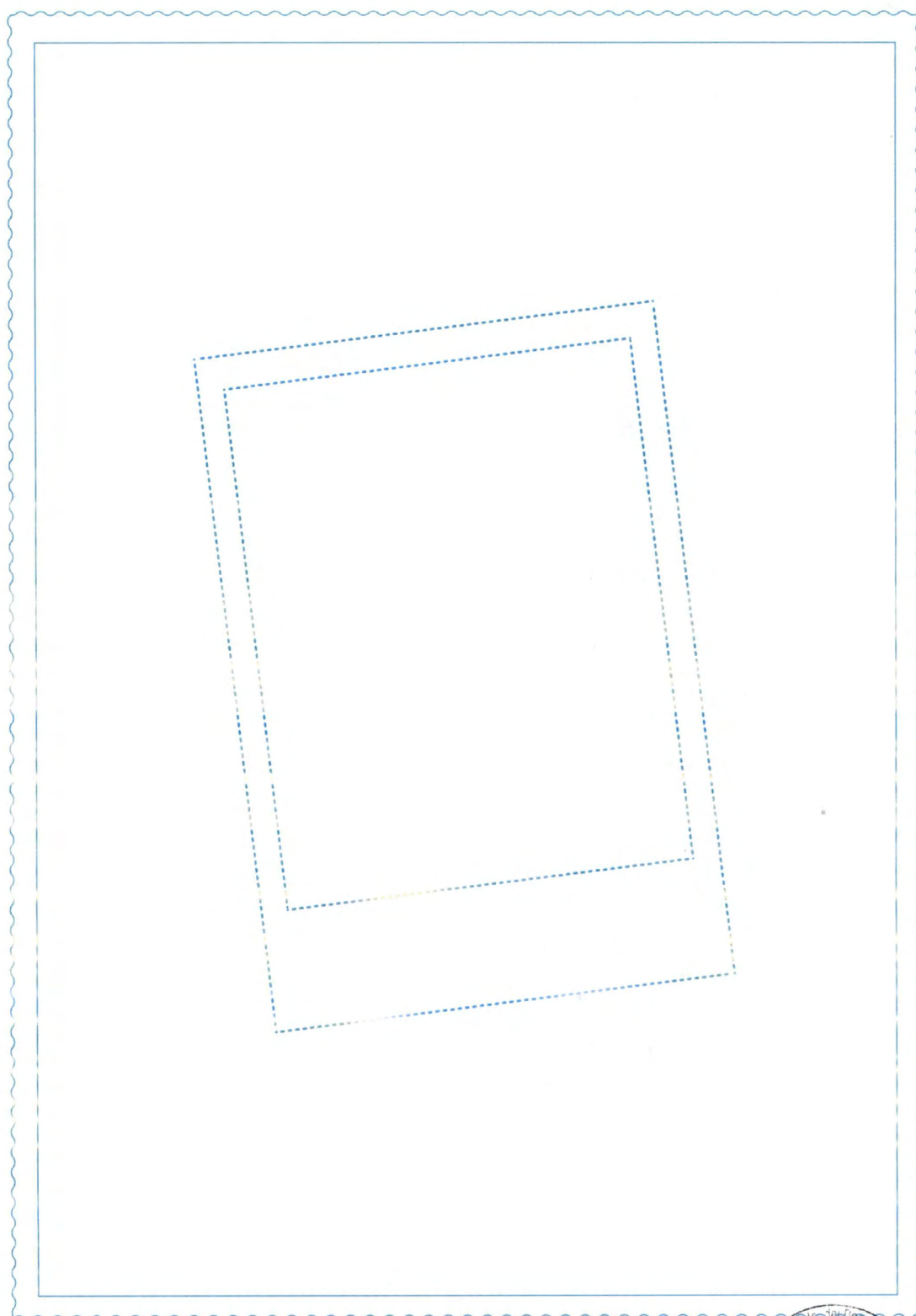
Listeriosi: Ulteriori informazioni sulla listeriosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/listeria/listeria.asp>

Salmonellosi: Ulteriori informazioni sulla salmonellosi sono disponibili nel sito internet del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/salmonella/salmonella.asp>

Alimentazione: Ulteriori informazioni sulla dieta corretta in gravidanza sono disponibili nel documento Linee guida per una sana alimentazione dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti, all'indirizzo: http://www.inran.it/648/linee_guida.html

Diritti della madre che lavora: Altre informazioni riguardo la tutela della salute sul lavoro della donna in gravidanza possono essere reperite nel documento Quando arriva un bambino (terza edizione) disponibile nel sito dell'Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) all'indirizzo: [http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_\(terza_edizione\)info-752606768.jsp](http://www.inail.it:80/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&_pageLabel=PAGE_PUBBLICAZIONI&nextPage=PUBBLICAZIONI/Tutti_i_titoli/Pari_opportunita/Quando_arriva_un_bambino_(terza_edizione)info-752606768.jsp)





116





**Regione
Puglia**

L'Agenda è stata realizzata
dal Comitato Percorso
Nascita Regionale (CPNR) del
Dipartimento "Promozione
della Salute, del Benessere
sociale e dello Sport per tutti"



Il Dirigente di Sezione
Giovanni Canipobasso

IL PRESENTE AGENDA
SI COMPONE IN
117 (CENTODICISETTE)
PAGINE



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 883

Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL FG.

Il Presidente della Giunta regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile A.P. "Gestione monitoraggio controllo fabbisogno personale S.S.R.", confermata dal Dirigente del Servizio "Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R." e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue:

Visto il D.lgs. n. 165/2001 recante le *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*, così come novellato da ultimo dal D.lgs. n. 75/2017, ed in particolare:

- l'art. 6, il quale prevede che *"allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter"* (comma 2). In sede di definizione del piano di cui al predetto comma 2, *"ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente"* (comma 3). Le amministrazioni pubbliche che non provvedono ai predetti adempimenti *"non possono assumere nuovo personale"* (comma 6).
- L'art. 6-bis, comma 2, il quale prevede che le Amministrazioni interessate dall'esternalizzazione di servizi originariamente prodotti al proprio interno *"provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente"*.
- l'art. 6-ter, il quale al comma 1 stabilisce che *"con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali"*.

Visto il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le *"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani del fabbisogno di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche"*, adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018, il quale con specifico riferimento alle Aziende ed Enti del S.S.N. dispone che i Piani triennali di Fabbisogno del personale *"sono approvati dalle rispettive Regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi dei D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi"*, prevedendo altresì a supporto dell'analisi dei fabbisogni finalizzata alla predisposizione del PTFP di ciascuna Amministrazione - tra l'altro - eventuali *"fabbisogni standard definiti a livello territoriale"*.

Considerato che:

- Il Dipartimento regionale per la Promozione della salute, in attuazione dell'art. 1, co. 541, della Legge n. 208/2015, con nota prot. n. AOO_005-120 del 23.3.2018 ha trasmesso al Tavolo tecnico ministeriale per la verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza la proposta regionale di Piano del Fabbisogno di personale ospedaliero del S.S.R., definito

sulla base della rete ospedaliera regionale approvata con Regolamento regionale n. 7/2017 s.m.i. nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera di cui all'Allegato 1 del D.M. 70/2015.

- I Ministeri affiancanti, nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 29/3/2018, hanno espresso la valutazione di propria competenza rispetto alla citata proposta di Piano regionale del Fabbisogno di personale ospedaliero, indicando espressamente - con riferimento al personale medico, infermieristico, ostetrico ed OSS - i valori di fabbisogno di personale minimo e massimo (FTE min ed FTE max) da assumere a livello regionale.
- In applicazione del suddetto verbale ministeriale, al fine di fornire indicazioni alle Aziende ed Enti del S.S.R. per la definizione dei rispettivi Piani di fabbisogno del personale ospedaliero, con nota prot. AOO-183-9730 del 26/06/2018 il Dipartimento regionale della Salute ha proceduto alla disaggregazione su base aziendale dei valori di fabbisogno minimo (FTE min) e massimo (FTE max) indicati dai Ministeri affiancanti. Tale disaggregazione del fabbisogno a livello aziendale è stata operata, per profilo professionale e per disciplina, ridistribuendo i valori di fabbisogno riconosciuti dal Ministero con il citato verbale del 29.3.2018 in misura proporzionale all'incidenza percentuale di ciascun fabbisogno aziendale rispetto al fabbisogno regionale proposto al Ministero nel marzo 2018;
- Successivamente, a seguito del confronto con le Aziende ed Enti del S.S.R. e delle conseguenti valutazioni di parte regionale, sono emerse una serie di criticità connesse alla pedissequa applicazione dei valori di fabbisogno rivenienti dal verbale ministeriale del 29.3.2018, segnalati ai Ministeri affiancanti con nota prot. AOO_005-250 del 23.7.2018.

In particolare, per taluni reparti/servizi previsti dalla rete ospedaliera regionale è stata rilevata la mancata previsione o l'inadeguatezza dei valori ministeriali di fabbisogno, in quanto insufficienti ad assicurare il funzionamento minimo dei suddetti reparti/servizi e dunque l'erogazione dei relativi Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero in quanto non coerenti con i requisiti organizzativi minimi previsti - per specifici settori o attività - da Decreti ministeriali, Accordi Stato-Regioni o Linee guida regionali, ovvero in quanto inadeguati a consentire la turnazione del personale sanitario nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui all'art. 14 della L. 161/2014.

E' stata rilevata altresì la mancata previsione di specifici standard ministeriali relativi ad alcuni profili professionali del personale ospedaliero (diversi dal personale medico, infermieristico, ostetrico ed OSS), al personale delle strutture sanitarie territoriali ed al personale amministrativo delle Aziende ed Enti del S.S.R.

Vista la D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018, recante l'approvazione delle *"Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018"*, con la quale sinteticamente:

- nella parte prima ("Principi generali") si delineano la struttura e le modalità di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R., le relative procedure di adozione ed approvazione, nonché i vincoli finanziari ed i limiti di spesa nel rispetto dei quali va redatto il suddetto Piano.
- nella parte seconda ("Il fabbisogno di personale ospedaliero") si forniscono gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale ospedaliero di ciascuna Azienda sanitaria, nel rispetto della "Metodologia di valutazione Piani di fabbisogno di personale" elaborata dal Ministero della Salute (cd. "metodo Piemonte") e condivisa dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in sede di Tavolo ex D.M. 70/2015 nel febbraio 2017, fatti salvi alcuni correttivi connessi alla specificità del contesto sanitario ed organizzativo regionale nonché alla necessità di garantire il rispetto della disciplina in materia di orario di lavoro.
- nella parte terza ("Il fabbisogno di personale territoriale") si forniscono gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale territoriale di ciascuna Azienda sanitaria che, in assenza di una metodologia o di indicazioni ministeriali, va gestita nell'ambito dei requisiti organizzativi previsti da leggi, regolamenti

o atti amministrativi regionali, richiamati dalle Linee guida con riferimento alle principali macro-strutture territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, ricorrendo in via residuale ai valori minimi previsti dal R.R. n. 3/2005 s.m.i. recante "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

Considerato che con la predetta D.G.R. n. 2416/2018, in particolare, dal punto di vista della struttura e delle modalità di definizione si prevede che:

- Il fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del S.S.R., come espressamente previsto dalle Linee di indirizzo ministeriali allegate al Decreto ministeriale del 8.5.2018, deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) secondo le regole indicate dal medesimo atto deliberativo n. 2416/2018 [Ore lavorate all'anno per la dirigenza medica pari a 1.454; Ore lavorate all'anno per il personale del comparto pari a 1.418] ;
- Ove presente, il personale medico universitario conferito all'assistenza, il cui impegno orario per l'assistenza è pari a 22 ore settimanali (stante la compresenza della didattica e ricerca), va computato - ai fini della trasformazione in FTE - in misura pari al 50%;
- Per la determinazione del fabbisogno di specialisti ambulatoriali occorre convertire le ore di specialistica ambulatoriale assegnate in FTE .

Considerato altresì che con la medesima D.G.R. n. 2416/2018, con riferimento alle procedure di adozione ed approvazione e ai vincoli finanziari, si prevede che:

- I Piani di Fabbisogno devono essere adottati preliminarmente dai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e trasmessi alla Regione per la loro approvazione. Una volta approvato, ciascun Piano dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale della Azienda/Ente di riferimento.
- Entro 30 giorni dall'adozione definitiva, i contenuti di ciascun Piano dovranno essere comunicati dall'Azienda/Ente al Ministero dell'Economia e Finanze tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001.
- L'adozione del PTFP, ai sensi dell'art. 6, comma 1 del D.Lgs. 165/2001, deve essere sottoposta alla preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali di riferimento.
- Le Aziende od Enti che non provvedano ad adottare il PTFP o non comunichino lo stesso al Sistema informativo SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs.165/2001, ovvero che non rispettino i vincoli finanziari imposti dalla normativa nazionale, incorrono nel divieto di procedere a nuove assunzioni per il triennio di riferimento.
- I Piani triennali di fabbisogno di personale devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il S.S.R. e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa: 1) Limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), come disaggregato per Azienda con Deliberazione di Giunta regionale n. 2293 dell'11/12/2018 ; 2) Limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).
- I predetti Piani dovranno indicare le risorse finanziarie destinate all'attuazione degli stessi distinguendo, per ogni anno:
 - i costi del personale a tempo indeterminato (in tale voce va indicata distintamente anche quella sostenuta per il personale in comando, o altro istituto analogo);
 - i costi del personale con contratto a tempo determinato o ulteriori tipologie di contratto di lavoro flessibile;
 - i costi delle categorie protette, pur considerando che - nei limiti della quota d'obbligo - queste non rientrano nel limite di spesa complessivo.
- Il rispetto dei predetti vincoli finanziari, attestato dal Direttore generale dell'Azienda, deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R. ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.

Vista la D.G.R. n. 2293 del 11.12.2018 recante *“Rideterminazione dei tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.”*, resasi necessaria in considerazione del numero ed entità delle attivazioni e disattivazioni di reparti e/o servizi previste in ciascuna Azienda ed Ente del SSR in attuazione della nuova rete ospedaliera regionale ex R.R. n. 7/2017 s.m.i., dei trasferimenti di attività o funzioni da un'Azienda del S.S.R. all'altra, dell'attribuzione di nuove funzioni a singole Aziende disposti dall'Amministrazione regionale, dell'impegno regionale al sostegno della didattica e ricerca universitaria in rapporto sinergico ed integrato con l'assistenza ospedaliera all'interno delle A.O.U., degli impegni per il potenziamento degli IRCCS pubblici della Regione Puglia assunti con il Ministero della Salute in sede di *site-visit*, nonché della nuova programmazione regionale in materia di assistenza territoriale.

Con la predetta D.G.R. n. 2293/2018 la Giunta Regionale ha proceduto a rideterminare i tetti di spesa delle Aziende ed Enti del SSR - nel rispetto del tetto di spesa regionale di euro 1.961.863.417 ex art. 2, comma 71 della L. n. 191/2009 s.m.i. - nella misura di seguito specificata con riferimento all'ASL FG:

ASL FOGGIA	€ 188.760.640
------------	---------------

La medesima D.G.R. n. 2293/2018 ha altresì disposto che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. devono essere formulati nel rispetto dei suddetti tetti di spesa.

Vista la nota prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, con la quale il Dipartimento regionale della Salute ha dettato direttive in merito alla determinazione del fabbisogno di personale amministrativo delle Aziende ed seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore dell'12% .

Considerate le previsioni del D.M. 8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, secondo cui nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.

Vista, nel caso specifico dell'ASL FG, la deliberazione del Direttore Generale n. 1379 del 25 settembre 2018 recante prima adozione del Piano di Fabbisogno di Personale per il triennio 2018-2020.

Considerati gli esiti della riunione del 7.02.2019 intercorsa tra gli Uffici regionali competenti e la Direzione strategica dell'ASL FG, nell'ambito della quale è stato evidenziato uno scostamento tra la programmazione aziendale del fabbisogno di personale ospedaliero di cui alla suddetta deliberazione DG n. 1379/2018 ed alcuni valori di fabbisogno massimo ospedaliero (FTE_max) derivanti dall'applicazione del metodo ministeriale, nonché fra la determinazione aziendale del fabbisogno di personale per le strutture territoriali e amministrative ed alcuni dei requisiti organizzativi fissati con leggi, regolamenti o atti amministrativi regionali.

Viste altresì la relazione integrativa del Direttore Generale dell'ASL FG, trasmessa con nota prot. n. 22409 del 8.3.2019 ed integrata con nota prot. 37255 del 30.4.2019, con le quali l'Azienda ha comunicato alcune parziali rivalutazioni o rimodulazioni dei valori di fabbisogno di personale inizialmente definiti nel Piano adottato con deliberazione DG n. 1379/2018, illustrando al Dipartimento della Salute le motivazioni organizzative, clinico-assistenziali, strutturali e/o contingenti a supporto di tali valori di fabbisogno.

Considerato che l'ASL di Foggia - per la parte ospedaliera - si compone di quattro ospedali che la rete ospedaliera regionale di cui al R.R. n. 7/2017 s.m.i., emanato in applicazione del D.M. 70/2015 e per il quale è stato acquisito il parere favorevole dei Ministeri affiancanti, classifica come di seguito :

Ospedale “Masselli” di San Severo	Ospedale di I livello
Ospedale “Tatarella” di Cerignola	Ospedale di I livello
Ospedale “de Lellis” di Manfredonia	Ospedale di Base
Ospedale “Lastaria” di Lucera	Ospedale di area particolarmente disagiata

Viste inoltre, con riferimento alla programmazione aziendale di fabbisogno di personale per le strutture territoriali dell'ASL FG:

- La relazione del Servizio Strategie e Governo dell'assistenza territoriale, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 3495 del 15.3.2019, che ha espresso un parziale assenso rispetto al Piano di fabbisogno predisposto dall'ASL FG, rinviando una più puntuale verifica della suddetta programmazione aziendale all'atto di una compiuta definizione di parte regionale degli standard organizzativi delle principali tipologie di strutture sanitarie territoriali. Tale relazione ha evidenziato, ad ogni modo, alcune criticità metodologiche che di seguito si riportano in sintesi:
 - il fabbisogno di personale delle diverse articolazioni territoriali *“viene riportato complessivamente nei Distretti (per i quali non esiste uno standard organizzativo generale di riferimento) e non nelle strutture programmate (ad es. PTA, OdC, ecc.)”*, per le quali viceversa sono stati definiti o sono in corso di definizione standard organizzativi specifici, rendendo estremamente difficoltosa un'eventuale verifica del rispetto dei requisiti organizzativi fissati come standard. Si suggerisce pertanto di indicare nel PTFP, oltre alle macro-strutture aziendali (Distretto, Dipartimento...) ed in colonna separata, un'aggregazione di secondo livello del personale delle strutture territoriali, che ne evidenzia la specifica struttura di collocazione (PTA, Ospedale di Comunità, RSA, Hospice, ecc.).
 - le strutture e i servizi indicati all'interno dei PTA non sempre coincidono con quelli previsti nella programmazione di cui al R.R. n. 7/2019 (ad esempio, *“con riferimento al PTA di Monte Sant'Angelo, nel piano del fabbisogno non risulta indicato l'Ospedale di Comunità, che pure deve essere attivato ai sensi del R.R. n.7/2019”*) ed, in alcuni casi, *“la previsione di un determinato servizio non appare accompagnata dalla previsione, nel fabbisogno, di adeguate figure professionali”*.
- La relazione del Servizio Governo dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 3327 del 13.3.2019, che per il fabbisogno di personale del Dipartimento Salute Mentale (DSM) contenuto nel Piano di fabbisogno di personale dell'ASL FG ha evidenziato le seguenti criticità:
 - Con riferimento alla Direzione DSM: non è programmata l'equipe *“autori di reato”* contemplata dalla DGR n. 1496/2015.
 - Con riferimento ai Centri di Salute Mentale (CSM), sulla base degli standard organizzativi di cui alle DD.GG.RR. n. 1400/2007 e n. 916/2010 :
 - CSM Manfredonia-Cerignola: non è programmata la figura del Dirigente Psicologo, degli Educatori Professionali e degli O.S.S.; è, inoltre, opportuno incrementare i Dirigenti medici.
 - CSM Alto Tavoliere-Gargano Nord-Gargano Sud: non è programmata la figura del Dirigente Psicologo, degli Educatori Professionali e degli O.S.S.;
 - CSM Foggia-Lucera-Troia: non è programmata la figura Dirigente Psicologo, degli Educatori Professionali e degli O.S.S.
 - Con riferimento alla Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.): non risultano disaggregati i dati afferenti ai Servizi e al C.A.T., pertanto non si possono formulare valutazioni in merito.
 - Con riferimento ai Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.): non risultano dati al riguardo.
 - Con riferimento alla Medicina Penitenziaria: non risultano disaggregati i dati relativi all'organico dedicato agli istituti Penitenziari in forza ai distretti, né i dati relativi al personale indicato nella DGR n. 361/2011.
 - Con riferimento alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS): si prende atto della programmazione aziendale relativa alla REMS da attivarsi nel territorio foggiano e si evidenzia che è necessario incrementare le figure dei Dirigenti Medici Specialisti in Psichiatria.
- La relazione del Servizio Governo dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 5406 del 3.5.2019, che per il fabbisogno di personale del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) contenuto nel Piano di fabbisogno di personale dell'ASL FG ha rilevato che i valori di fabbisogno sono disaggregati per profilo professionale con riferimento ai singoli SERT attivi presso l'ASL FG

(Sezione Dipartimentale Foggia - Lucera - Troia; Sezione Dipartimentale Manfredonia - Cerignola; Sezione Dipartimentale San Severo - San Marco - Vico - San Giovanni), senza tuttavia indicarne il relativo grado di utenza media che risulta necessario, a norma del D.M. n. 444/1990, per la definizione dei requisiti organizzativi minimi.

Pertanto, ciò non consente di confrontare il fabbisogno con i requisiti minimi previsti per legge dal citato D.M. n. 444/1990 e contenuti nella tabella come di seguito riportata, cui comunque si rinvia come standard per la determinazione del relativo fabbisogno:

PROFILO	Utenza media di tossicodipendenti contemporaneamente in trattamento		
	BASSA (fino a 60)	MEDIA (da 60 a 100)	ALTA (da 100 a 150) (a)
Medici	2	3	4
Infermieri o assistenti sanitari visitatori	2	3	4
Psicologi	2	3	4
Assistenti sociali	2	3	4
Educatori professionali, di comunità o affini	1	2	2
Amministrativi	1 (b)	1	1
Altro personale	1	1	2
TOTALE (c)	10 + 1 (b)	16	21

- La relazione della Sezione Promozione della Salute e del Benessere, trasmessa con nota prot. AOO_082 del 28.2.2019 n. 680 cui integralmente si rinvia per la parte metodologica, che contiene le valutazioni inerenti i diversi Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, fra l'altro, dell'ASL FG, come di seguito:

SIAN - ASL FG

	Dotazione organica attuale	Criterio DM 1998	Previsione in PTFP (al 2020)	Valutazione	Prescrizione	Raccomandaz.
Dirigenti Medici (inclusi i Direttori di U.O.C.)	10	26	13	Si invita ad integrare il numero in PTFP di ulteriori 13 unità , ripartite tra laureati medici e non medici	X	
Spec. ambulatoriali	0					
Dirigenti STPA (Tecnologi Alimentari - Biologi Nutrizionisti)	0					
C.T.S. - Tecnici della Prev.	21	31	18	Si invita ad integrare il numero in PTFP di almeno 13 unità ripartite tra C.T.S. e C.T.P.		X Chiarire la diminuzione del numero TdP rispetto all'attuale dotazione.
C.T.P. - Tecnologi Aliment.	0					
Dietiste	0	13	0	Prescrizione: integrare in PTFP di 13 unità dietiste	X	
C.T.S. e C.T.P. - Personale sorveglianza nutrizionale	0	15	0	Valutazione sospesa		

Amministrativi	5	22	5	La previsione risulta congrua. Valutare l'inserimento di operatori CED.	
Periti informatici, operatori CED	0		0		
Altri : infermiere	2		1		Chiarire la presenza di due unità di infermieri

Servizi Veterinari (SIAV A-B-C) - ASL FG**SIAV A, B e C :**

- Il numero di Dirigenti Veterinari sommato alle unità di personale a contratto Specialista ambulatoriale, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Il numero di unità personale tecnico di vigilanza (TdP) e di agenti tecnici/ausiliari, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Il numero di unità di personale amministrativo risulta eccessivo rispetto ai parametri utilizzati per la valutazione del PTFP.

SISP - ASL FG

- Il numero di Dirigenti Medici, riportato in PTFP, si può considerare congruo.
- Il numero di Infermieri/assistenti sanitari riportato in PTFP, risulta sovrastimato.
- Il numero di unità di personale Tecnico della Prevenzione riportato in PTFP, risulta sottostimato.
- Il personale amministrativo risulta congruo.

SPESAL - ASL FG

- Il numero di Dirigenti Medici, riportato in PTFP, risulta sottostimato.
- Il numero di unità di personale Tecnico della Prevenzione riportato in PTFP, risulta congruo.
- Il personale amministrativo risulta congruo.

Tutto ciò premesso, si ritiene di poter procedere all'approvazione - con prescrizioni/raccomandazioni - del Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL FG, deliberato in prima adozione con deliberazione D.G. n. 1379 del 25 settembre 2018.

In particolare, con riferimento al fabbisogno di personale ospedaliero, effettuate le opportune valutazioni rispetto al fabbisogno formulato ed alle esigenze rappresentate dall'Azienda e tenendo conto dei valori di fabbisogno FTE_max indicati dai Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 29/3/2018, ove applicabili, è stato definito un "Fabbisogno FTE approvabile" che rappresenta il tetto massimo invalicabile, contenuto in apposita colonna dell'Allegato A) ai presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale.

I valori di fabbisogno di personale ospedaliero, dunque, per ciascuno degli anni del triennio 2018-2020 non possono superare i valori-soglia contenuti nella colonna "Fabbisogno FTE approvabile" del suddetto Allegato A). Tali valori-soglia risultano disaggregati per disciplina con esclusivo riferimento alla dirigenza medica e, viceversa, indicati in modo aggregato a livello di Azienda con riferimento alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto, la cui articolazione per Unità operativa è rimessa alle valutazioni organizzative della Direzione generale dell'Azienda.

Con riferimento al fabbisogno di personale delle strutture territoriali, l'Azienda nel PTFP dovrà tenere conto delle raccomandazioni - o prescrizioni ove espressamente indicato - dei Servizi regionali competenti per materia, come innanzi dettagliatamente richiamate.

Il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo - sia della dirigenza che del comparto - va espresso, giusta nota del Dipartimento regionale della Salute prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore dell'12%.

Valgono, infine, le seguenti prescrizioni di carattere generale;

- Il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'ASL FG con D.G.R. n. 2293/2018, pari ad € 188.760.640.
- Il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.
- Nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001 ed al D.M. dell'8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente atto finale in ordine alla deliberazione in oggetto indicata.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. k) della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A.P. “Gestione monitoraggio controllo fabbisogno personale S.S.R.”, dal Dirigente del Servizio “Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R.” e dal Dirigente della Sezione S.G.O.;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- Di approvare - con prescrizioni/raccomandazioni - il Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL FG, deliberato in prima adozione con deliberazione D.G. n. 1379 del 25 settembre 2018.
- Di dare atto che il predetto PTFP dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale dell'ASL FG ai sensi del D.M. 8/5/2018 e quindi comunicato al MEF, entro 30 giorni dall'adozione definitiva, tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001.
- Di stabilire, in particolare, le seguenti prescrizioni per l'adozione definitiva del PTFP :
 - I valori di fabbisogno di personale ospedaliero, per ciascuno degli anni del triennio 2018-2020, non possono superare i valori-soglia contenuti nella colonna “Fabbisogno FTE approvabile” dell'Allegato A) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale. Tali valori-soglia risultano disaggregati per disciplina con esclusivo riferimento alla dirigenza medica e, viceversa, indicati in modo

- aggregato a livello di Azienda con riferimento alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto, la cui articolazione per Unità operativa è rimessa alle valutazioni organizzative della Direzione generale dell'Azienda.
- Nella determinazione dei valori di fabbisogno di personale delle strutture territoriali, l'Azienda dovrà tenere conto delle raccomandazioni - o prescrizioni ove espressamente indicato - dei Servizi regionali competenti per materia, come dettagliatamente richiamate in premessa al presente provvedimento.
 - Con specifico riferimento al fabbisogno di dirigenti medici, è necessaria l'indicazione della relativa specializzazione non solo nell'ambito dell'assistenza ospedaliera ma anche di quella territoriale, ai fini di un'efficace programmazione aziendale oltre che per una coerente gestione delle procedure concorsuali per disciplina.
 - Il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo, sia della dirigenza che del comparto, va espresso, giusta nota del Dipartimento regionale della Salute prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore dell'12%.
 - Nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001 ed al D.M. dell'8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.
 - Il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'ASL BA con D.G.R. n. 2293/2018, pari ad € 188.760.640.
 - Il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

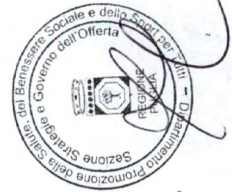
PTFP ASL FG 2018/2020 _ DIRIGENTI MEDICI per singola Disciplina

Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
108 150 205 216	Cardiologia Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia) Servizio cardiologico	36	40	40	28	51	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 3 UU.OO. di degenza (San Severo - UTIC; Emodinamica H24; Cerignola - UTIC; Manfredonia - Guardia attiva H24), cui si aggiunge una U.O. Servizio cardiologico presso l'Ospedale di area particolarmente disagiata di Lucera; Guardia attiva H24 nelle 3 Unità di degenza e nelle 2 UTIC; Rilevante attività ambulatoriale per utenti esterni e di Day Service; Attività di consulenza per il Pronto Soccorso, le sale operatorie e tutte le unità operative presenti in ciascun ospedale. La presenza dell'Emodinamica nell'ospedale di San Severo richiede un organico autonomo di 6 emodinamisti.	40
109	Chirurgia generale	28	37	36	30	34	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 3 UU.OO. di degenza (San Severo; Cerignola; Manfredonia), cui si aggiunge una ulteriore U.O. di Chirurgia generale ridotta presso l'Ospedale di area particolarmente disagiata di Lucera; Attività di sala operatoria, garantita in media per n. 3 giorni alla settimana per le sedute in regime ordinario e H24 per le urgenze; Rilevante attività ambulatoriale per utenti esterni (6 giorni a settimana) e di Day Service chirurgico (2 giorni a settimana); Attività di consulenza per il Pronto Soccorso.	34
126 160	Medicina generale Lungodegenti	41	45	48	33	56	Eccesso rispetto ad FTE_max NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera), tutte con amnessa Lungodegenza, che risulta allo stato attiva a Lucera ed in corso di attivazione a San Severo, Cerignola e Manfredonia; Guardia attiva H24; Rilevante attività specialistica ambulatoriale (Ambulatori di Medicina interna, Diabetologia e Ematologia su 6 giorni alla settimana; Ambulatorio di Allergologia); Day service medico (3 giorni a settimana); Attività di consulenza per il Pronto Soccorso.	44
127	Medicina legale	2	2	2	0	3	FTE_MAX non valorizzato (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica fabbis. regionale. NOTA_1 U.O. (San Severo)	2
129 204	Nefrologia	20	20	20	9	24	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. di degenza di Nefrologia ed Emodialisi (San Severo) con 12 p.l., dotata di ambulatori nefrologici attivi su 6 giorni alla settimana e Day service 2 giorni a settimana; Necessità guardia divisionale nefrologica (1); Rilevante attività di dialisi ospedaliera, con 21 posti-reno a San Severo, 23 posti-reno a Cerignola, 18 posti-reno a Lucera (affidente a San Severo), 12 posti-reno a Manfredonia (affidente a Cerignola), cui si aggiungono 11 posti-reno presso il CAD di Accadia (articolazione del Centro Dialisi ospedaliero di Cerignola) e 10 posti-reno presso il CAD di Sannicandro (articolazione del Centro Dialisi ospedaliero di San Severo). NOTA_ Il FTE approvabile è stato determinato considerando uno standard di n. 9 medici per ciascun reparto di degenza di Nefrologia e n. 3 medici per ciascun Centro Dialisi ospedaliera, mantenendosi comunque entro le richieste dell'Azienda.	20



1

Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. A00_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
134	Occhistica	9	10	10	5	5	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA: Presenza n. 1 U.O. (Cerignola), che rappresenta l'unica Unità operativa di riferimento per l'Azienda; Attività di Day Service oculistico chirurgico (2 giorni alla settimana) presso gli Ospedali di San Severo, Lucera e Manfredonia; Rilevante attività di specialistica ambulatoriale (6 giorni alla settimana) negli ospedali di San Severo, Cerignola, Manfredonia e Lucera; Attività di consulenza per il Pronto Soccorso.	10
136	Ortopedia e traumatologia	9	33	33	22	23	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA: Presenza n. 3 UU.OO. (San Severo e Cerignola - Centro Traumi di zona; Manfredonia - P.S. Traumatologico), dove sono presenti Ambulatori di ortopedia e traumatologia attivi su 6 giorni alla settimana e Day service ortopedico chirurgico attivo 2 giorni a settimana; Attività di consulenza per il Pronto Soccorso; Attività specialistica ambulatoriale per esterni.	28
137	Ostetricia e Ginecologia	24	26	26	19	22	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA: Presenza n. 2 UU.OO. (San Severo - Ostetricia I livello; Cerignola - Ostetricia I livello), con annessi Punti nascita di I livello; Necessità n. 2 guardie divisionali; Attività di consulenza per il Pronto Soccorso. L'attività di sala operatoria è garantita, in media, per n. 3 giorni alla settimana per le sedute in regime ordinario ed H24 per le urgenze. Nei reparti di degenza di San Severo e Cerignola sono attivi Ambulatori di Ostetricia e Ginecologia (6 giorni alla settimana) e Day service di Ostetricia e Ginecologia (4 giorni alla settimana); anche negli ospedali di Manfredonia e Lucera, inoltre, sono attivi ambulatori di Ostetricia e Ginecologia (6 giorni alla settimana).	25
138	Otorinolaringoiatria	7	7	7	7	6	Fabbis. entro FTE_max NOTA: Presenza n. 1 U.O. (Cerignola), che rappresenta l'unica Unità operativa di riferimento per l'Azienda.	7
139 162	Pediatria Neonatologia	25	31	31	22	24	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA: Presenza n. 2 UU.OO. (San Severo; Cerignola), entrambe con annessa Neonatologia di I livello; Guardia attiva H24 per i due Punti nascita; n. 1 Unità di degenza per pazienti affetti da fibrosi cistica presso l'ospedale di Cerignola. Nei reparti di degenza di San Severo e Cerignola sono attivi ambulatori pediatrici (6 giorni a settimana) e Day service (4 giorni a settimana); anche presso l'ospedale di Manfredonia è attivo un ambulatorio di Pediatria (6 giorni a settimana) che assicura anche attività di day service. Attività di consulenza per il Pronto Soccorso. NOTA: Il Fabbisogno FTE approvabile include anche la Neonatologia (non valorizzata separatamente dall'Azienda), il cui fabbisogno è fatto pari a n. 6 unità aggiuntive secondo FTE_max e l'Unità di degenza per pazienti affetti da fibrosi cistica, per la quale è previsto un fabbisogno separato di n. 3 unità.	25



Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
140	Psichiatria	16	18	18	7	16	FTE_MAX inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg., approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica il Fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. (San Severo; Manfredonia) con 15 p.l. cadauna; Necessità n. 2 Guardie divisionali; Attività ambulatoriale (6 gg. a settimana) e Day service (3 gg. a settimana); Attività di consulenza per il Pronto Soccorso. Il fabbisogno FTE approvabile ha tenuto conto, oltre che delle caratteristiche organizzativo-assistenziali innanzi richiamate, degli standard organizzativi per n. 15 posti letto di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1442/2009 recante la dotazione organica-tipo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedaliero (6 medici ogni 15 p.l., dunque 12 medici), cui si affianca il fabbisogno aggiuntivo per le guardie divisionali.	18
143	Urologia	7	7	7	6	9	Lieve eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Cerignola), dove si svolge attività di sala operatoria (3 gg. a settimana), attività ambulatoriale (6 gg. a settimana) ed attività di consulenza al Pronto Soccorso. Attività ambulatoriale di Day Surgery e Day Service viene effettuata anche nei Presidi Ospedalieri di Manfredonia, San Severo e Lucera su 2 giorni alla settimana. Guardia interdivisionale chirurgica con l'U.O.C. di Chirurgia Generale.	7
149 310 301	Terapia intensiva Sale operatorie Altre degenze intensive a supporto	36	42	42	40	48	Eccesso rispetto a FTE max (solo per 2019 e 2020). NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. Terapia intensiva (San Severo; Cerignola) e Sale operatorie (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera). Ricoveri d'urgenza tramite Pronto Soccorso; Attività ambulatoriale (terapia antalgica, visite anestesologiche per interventi; ecc.).	40
151	Medicina e chirurgia d'urgenza	31	48	48	41	46	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (San Severo - DEA I livello; Cerignola - DEA I livello; Manfredonia - Pronto Soccorso; Lucera - Punto Primo Intervento - P.P.I.). NOTA_Modalità di calcolo del fabbisogno di personale MCAU definite nell'Allegato B della D.G.R. 1933 del 30/11/2016 (pag. 9), da cui si evince - in base al n. medio accessi a P.S. nel triennio 2016-2018 e computando esclusivamente le strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso - un fabbisogno pari a n. 43 dirigenti medici (36 per DEA-P.S.; 7 per P.P.I.).	43
156	Recupero e riabilitazione funzionale	0	8	8	7	12	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 3 UU.OO. di degenza (San Severo; Cerignola; Manfredonia); Attività ambulatoriale per esterni.	8
158	Gastroenterologia	6	7	7	4	6	FTE_MAX inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg., approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica il Fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. di degenza (Manfredonia); Attività di sala operatoria; Endoscopia digestiva; Attività specialistica ambulatoriale per esterni.	6
164 214	Oncologia (con posti letto)	6	7	7	7	13	Fabbis. entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (San Severo)	7
168	Pneumologia	6	7	7	6	8	Eccesso rispetto a FTE max (solo per 2019 e 2020). NOTA_Presenza n. 1 U.O. di degenza (San Severo); Attività specialistica ambulatoriale.	6



3

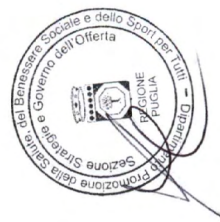
Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
208	Laboratorio d'analisi	9	16	16	/	10	FTE_MAX non valorizzato (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica fabbis. regionale. NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera).	10
217	Servizio trasfusionale	7	9	9	/	16	FTE_MAX non valorizzato (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si valutano le richieste aziendali entro il Fabbis. Regionale (FR), nel rispetto degli standard regionali di cui alla D.G.R. n. 900/2017 - "Modello organizzativo Rete trasfusionale pugliese". NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera).	16
269 213	Radiologia	30	32	32	31	39	Eccesso rispetto a FTE max (solo per 2019 e 2020). NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera); Necessità del pieno utilizzo delle attrezzature e grandi macchine disponibili; Riposo biologico per Rischio radiologico (Incremento FTE).	31
512	Direzione sanitaria di presidio	7	6	5	5	9	Eccesso rispetto a FTE max (solo per 2018 e 2019). NOTA_Presenza n. 4 Ospedali (San Severo; Cerignola; Manfredonia; Lucera), nei quali occorre garantire la presenza della Direzione h12 e una Pronta disponibilità notturna e diurna festiva, al fine di rispondere a tutte le eventuali necessità ed urgenze sanitarie ed organizzative. Va inoltre presidiata l'attività legata ai controlli per l'appropriatezza dei ricoveri. Il fabbisogno FTE approvabile è stato pertanto definito prevedendo: n. 2 unità per ogni Ospedale di Base, n. 2 unità per ogni Ospedale Area Disagiata, n. 3 unità per ogni Ospedale di I° livello.	7



4

PTFP ASL FG 2018/2020 _ INFERMIERI-PERSONALE OSTETRICO-OSS

Profilo professionale	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato con nota prot. A00_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
Infermieri	791	754	721	763	845	Fabbis. Entro FTE_max (tranne che per 2018)	763
Personale ostetrico	29	33	33	25	24	Eccesso rispetto ad FTE_max	25
OSS	0	100	323	369	437	Fabbis. Entro FTE_max	323



5

PTFP ASL FG 2018/2020 _ RESTANTE PERSONALE

Profilo professionale	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	Fabbisogno regionale (FR) di personale ospedaliero (nota regionale prot. AOO_005 n. 00120 del 23/03/2018)	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
Dirigente sanitario	24	31	31	24	Eccesso rispetto ad FR.	24
Dirigente amministrativo	1	1	1	/		DA DEFINIRE (secondo le regole dettate con nota regionale prot. AOO_183 n. 517 del 15/01/2019*)
Personale tecnico	89	89	89	/		89
Personale tecnico sanitario	110	126	127	110	Eccesso rispetto ad FR.	110
Personale della riabilitazione	6	25	26	35	Fabbisogno entro FR.	26
Ausiliario	303	303	300	199	Eccesso rispetto ad FR, che non ricomprende tuttavia il fabbisogno ospedaliero di ausiliari coperto tramite ricorso a Società In House.	303 (di cui n. 275 per Società in House)
Personale amministrativo	64	46	50	/		DA DEFINIRE (secondo le regole dettate con nota regionale prot. AOO_183 n. 517 del 15/01/2019*)

* NOTA_ Lo standard di personale amministrativo di ciascuna ASL (comparto + dirigenza) va rapportato complessivamente al 12% del personale in servizio dell'Azienda, come da direttive regionali di cui alla nota prot. AOO_183-517 del 15/1/2018.



IL PRESENTE ALLEGATO SI COMPONE DI N. 6 PAGINE, INCLUSA LA PRESENTE.
 IL DIRIGENTE DELLA SEZ. SCAO
 (GIOVANNI CARROZZO)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 884

Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL LE.

Il Presidente della Giunta regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile A.P. "Gestione monitoraggio controllo fabbisogno personale S.S.R.", confermata dal Dirigente del Servizio "Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R." e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue:

Visto il D.lgs. n. 165/2001 recante le *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*, così come novellato da ultimo dal D.lgs. n. 75/2017, ed in particolare:

- l'art. 6, il quale prevede che *"allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter"* (comma 2). In sede di definizione del piano di cui al predetto comma 2, *"ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente"* (comma 3). Le amministrazioni pubbliche che non provvedono ai predetti adempimenti *"non possono assumere nuovo personale"* (comma 6).
- L'art. 6-bis, comma 2, il quale prevede che le Amministrazioni interessate dall'esternalizzazione di servizi originariamente prodotti al proprio interno *"provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente"*.
- l'art. 6-ter, il quale al comma 1 stabilisce che *"con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali"*.

Visto il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le *"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani del fabbisogno di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche"*, adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018, il quale con specifico riferimento alle Aziende ed Enti del S.S.N. dispone che i Piani triennali di Fabbisogno del personale *"sono approvati dalle rispettive Regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi dei D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi"*, prevedendo altresì a supporto dell'analisi dei fabbisogni finalizzata alla predisposizione del PTFP di ciascuna Amministrazione - tra l'altro - eventuali *"fabbisogni standard definiti a livello territoriale"*.

Considerato che:

- Il Dipartimento regionale per la Promozione della salute, in attuazione dell'art. 1, co. 541, della Legge n. 208/2015, con nota prot. n. AOO_005-120 del 23.3.2018 ha trasmesso al Tavolo tecnico ministeriale per la verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza la proposta regionale di Piano del Fabbisogno di personale ospedaliero del S.S.R., definito

sulla base della rete ospedaliera regionale approvata con Regolamento regionale n. 7/2017 s.m.i. nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera di cui all'Allegato 1 del D.M. 70/2015.

- I Ministeri affiancanti, nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 29/3/2018, hanno espresso la valutazione di propria competenza rispetto alla citata proposta di Piano regionale del Fabbisogno di personale ospedaliero, indicando espressamente - con riferimento al personale medico, infermieristico, ostetrico ed OSS - i valori di fabbisogno di personale minimo e massimo (FTE min ed FTE max) da assumere a livello regionale.
- In applicazione del suddetto verbale ministeriale, al fine di fornire indicazioni alle Aziende ed Enti del S.S.R. per la definizione dei rispettivi Piani di fabbisogno del personale ospedaliero, con nota prot. AOO-183-9730 del 26/06/2018 il Dipartimento regionale della Salute ha proceduto alla disaggregazione su base aziendale dei valori di fabbisogno minimo (FTE min) e massimo (FTE max) indicati dai Ministeri affiancanti. Tale disaggregazione del fabbisogno a livello aziendale è stata operata, per profilo professionale e per disciplina, ridistribuendo i valori di fabbisogno riconosciuti dal Ministero con il citato verbale del 29.3.2018 in misura proporzionale all'incidenza percentuale di ciascun fabbisogno aziendale rispetto al fabbisogno regionale proposto al Ministero nel marzo 2018;
- Successivamente, a seguito del confronto con le Aziende ed Enti del S.S.R. e delle conseguenti valutazioni di parte regionale, sono emerse una serie di criticità connesse alla pedissequa applicazione dei valori di fabbisogno rivenienti dal verbale ministeriale del 29.3.2018, segnalati ai Ministeri affiancanti con nota prot. AOO_005-250 del 23.7.2018.

In particolare, per taluni reparti/servizi previsti dalla rete ospedaliera regionale è stata rilevata la mancata previsione o l'inadeguatezza dei valori ministeriali di fabbisogno, in quanto insufficienti ad assicurare il funzionamento minimo dei suddetti reparti/servizi e dunque l'erogazione dei relativi Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero in quanto non coerenti con i requisiti organizzativi minimi previsti - per specifici settori o attività - da Decreti ministeriali, Accordi Stato-Regioni o Linee guida regionali, ovvero in quanto inadeguati a consentire la turnazione del personale sanitario nel rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui all'art. 14 della L. 161/2014.

E' stata rilevata altresì la mancata previsione di specifici standard ministeriali relativi ad alcuni profili professionali del personale ospedaliero (diversi dal personale medico, infermieristico, ostetrico ed OSS), al personale delle strutture sanitarie territoriali ed al personale amministrativo delle Aziende ed Enti del S.S.R.

Vista la D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018, recante l'approvazione delle *"Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018"*, con la quale sinteticamente:

- nella parte prima ("Principi generali") si delineano la struttura e le modalità di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R., le relative procedure di adozione ed approvazione, nonché i vincoli finanziari ed i limiti di spesa nel rispetto dei quali va redatto il suddetto Piano.
- nella parte seconda ("Il fabbisogno di personale ospedaliero") si forniscono gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale ospedaliero di ciascuna Azienda sanitaria, nel rispetto della "Metodologia di valutazione Piani di fabbisogno di personale" elaborata dal Ministero della Salute (cd. "metodo Piemonte") e condivisa dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in sede di Tavolo ex D.M. 70/2015 nel febbraio 2017, fatti salvi alcuni correttivi connessi alla specificità del contesto sanitario ed organizzativo regionale nonché alla necessità di garantire il rispetto della disciplina in materia di orario di lavoro.
- nella parte terza ("Il fabbisogno di personale territoriale") si forniscono gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale territoriale di ciascuna Azienda sanitaria che, in assenza di una metodologia o di indicazioni ministeriali, va gestita nell'ambito dei requisiti organizzativi previsti da leggi, regolamenti

o atti amministrativi regionali, richiamati dalle Linee guida con riferimento alle principali macro-strutture territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, ricorrendo in via residuale ai valori minimi previsti dal R.R. n. 3/2005 s.m.i. recante "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

Considerato che con la predetta D.G.R. n. 2416/2018, in particolare, dal punto di vista della struttura e delle modalità di definizione si prevede che:

- Il fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del S.S.R., come espressamente previsto dalle Linee di indirizzo ministeriali allegate al Decreto ministeriale del 8.5.2018, deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) secondo le regole indicate dal medesimo atto deliberativo n. 2416/2018 [Ore lavorate all'anno per la dirigenza medica pari a 1.454; Ore lavorate all'anno per il personale del comparto pari a 1.418] ;
- Ove presente, il personale medico universitario conferito all'assistenza, il cui impegno orario per l'assistenza è pari a 22 ore settimanali (stante la compresenza della didattica e ricerca), va computato - ai fini della trasformazione in FTE - in misura pari al 50%;
- Per la determinazione del fabbisogno di specialisti ambulatoriali occorre convertire le ore di specialistica ambulatoriale assegnate in FTE .

Considerato altresì che con la medesima D.G.R. n. 2416/2018, con riferimento alle procedure di adozione ed approvazione e ai vincoli finanziari, si prevede che:

- I Piani di Fabbisogno devono essere adottati preliminarmente dai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e trasmessi alla Regione per la loro approvazione. Una volta approvato, ciascun Piano dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale della Azienda/Ente di riferimento.
- Entro 30 giorni dall'adozione definitiva, i contenuti di ciascun Piano dovranno essere comunicati dall'Azienda/Ente al Ministero dell'Economia e Finanze tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001.
- L'adozione del PTFP, ai sensi dell'art. 6, comma 1 del D.Lgs. 165/2001, deve essere sottoposta alla preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali di riferimento.
- Le Aziende od Enti che non provvedano ad adottare il PTFP o non comunichino lo stesso al Sistema informativo SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs.165/2001, ovvero che non rispettino i vincoli finanziari imposti dalla normativa nazionale, incorrono nel divieto di procedere a nuove assunzioni per il triennio di riferimento.
- I Piani triennali di fabbisogno di personale devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il S.S.R. e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa: 1) Limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), come disaggregato per Azienda con Deliberazione di Giunta regionale n. 2293 dell'11/12/2018 ; 2) Limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).
- I predetti Piani dovranno indicare le risorse finanziarie destinate all'attuazione degli stessi distinguendo, per ogni anno:
 - i costi del personale a tempo indeterminato (in tale voce va indicata distintamente anche quella sostenuta per il personale in comando, o altro istituto analogo);
 - i costi del personale con contratto a tempo determinato o ulteriori tipologie di contratto di lavoro flessibile;
 - i costi delle categorie protette, pur considerando che - nei limiti della quota d'obbligo - queste non rientrano nel limite di spesa complessivo.
- Il rispetto dei predetti vincoli finanziari, attestato dal Direttore generale dell'Azienda, deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R. ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.

Vista la D.G.R. n. 2293 del 11.12.2018 recante *“Rideterminazione dei tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.”*, resasi necessaria in considerazione del numero ed entità delle attivazioni e disattivazioni di reparti e/o servizi previste in ciascuna Azienda ed Ente del SSR in attuazione della nuova rete ospedaliera regionale ex R.R. n. 7/2017 s.m.i., dei trasferimenti di attività o funzioni da un'Azienda del S.S.R. all'altra, dell'attribuzione di nuove funzioni a singole Aziende disposti dall'Amministrazione regionale, dell'impegno regionale al sostegno della didattica e ricerca universitaria in rapporto sinergico ed integrato con l'assistenza ospedaliera all'interno delle A.O.U., degli impegni per il potenziamento degli IRCCS pubblici della Regione Puglia assunti con il Ministero della Salute in sede di *site-visit*, nonché della nuova programmazione regionale in materia di assistenza territoriale.

Con la predetta D.G.R. n. 2293/2018 la Giunta Regionale ha proceduto a rideterminare i tetti di spesa delle Aziende ed Enti del SSR - nel rispetto del tetto di spesa regionale di euro 1.961.863.417 ex art. 2, comma 71 della L. n. 191/2009 s.m.i. - nella misura di seguito specificata con riferimento all'ASL LE:

ASL LECCE	€ 369.249.206
-----------	---------------

La medesima D.G.R. n. 2293/2018 ha altresì disposto che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. devono essere formulati nel rispetto dei suddetti tetti di spesa.

Vista la nota prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, con la quale il Dipartimento regionale della Salute ha dettato direttive in merito alla determinazione del fabbisogno di personale amministrativo delle Aziende ed Enti del SSR, prevedendo che il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo - sia della dirigenza che del comparto - nello specifico per le Aziende Sanitarie Locali vada espresso entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore del 12%.

Considerate le previsioni del D.M. 8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, secondo cui nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.

Vista, nel caso specifico dell'ASL LE, la deliberazione del Direttore Generale n.2115 del 25 settembre 2018 recante prima adozione del Piano di Fabbisogno di Personale per il triennio 2018-2020, come successivamente modificata ed integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 2517 del 15.11.2018.

Considerati gli esiti della riunione del 14.02.2019 intercorsa tra gli Uffici regionali competenti e la Direzione strategica dell'ASL LE, nell'ambito della quale è stato evidenziato uno scostamento tra la programmazione aziendale del fabbisogno di personale ospedaliero di cui alla suddetta deliberazione DG n. 2115 del 25.9.2018 e s.m.i. ed alcuni valori di fabbisogno massimo ospedaliero (FTE_max) derivanti dall'applicazione del metodo ministeriale, nonché fra la determinazione aziendale del fabbisogno di personale per le strutture territoriali e amministrative ed alcuni dei requisiti organizzativi fissati con leggi, regolamenti o atti amministrativi regionali.

Viste altresì le relazioni integrative del Direttore Generale dell'ASI LE, trasmesse con nota prot. n. 52482 del 4.4.2019 e nota prot. n. 61779 del 19.4.2019, con le quali l'Azienda ha comunicato alcune parziali rivalutazioni o rimodulazioni dei valori di fabbisogno di personale inizialmente definiti nel Piano adottato con deliberazione DG n. 2115/2018 e s.m.i., illustrando al Dipartimento della Salute le motivazioni organizzative, clinico-assistenziali, strutturali e/o contingenti a supporto di tali valori di fabbisogno.

Considerato che l'ASL di Lecce - per la parte ospedaliera - si compone di sette ospedali che la rete ospedaliera regionale di cui al R.R. n. 7/2017 s.m.i., emanato in applicazione del D.M. 70/2015 e per il quale è stato acquisito il parere favorevole dei Ministeri affiancanti, classifica come di seguito :

Ospedale “Vito Fazzi” di Lecce	Ospedale di II livello
Ospedale di Gallipoli	Ospedale di I livello

Ospedale di Scorrano	Ospedale di I livello
Ospedale di Galatina	Ospedale di Base
Ospedale di Copertino	Ospedale di Base
Ospedale di Casarano	Ospedale di Base
Ospedale San Cesaro di Lecce	Plesso riabilitativo di Ospedale di II livello

Viste inoltre, con riferimento alla programmazione aziendale di fabbisogno di personale per le strutture territoriali dell'ASL LE:

- La relazione del Servizio Strategie e Governo dell'assistenza territoriale, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 3492 del 15.3.2019, che ha espresso un parziale assenso rispetto al Piano di fabbisogno predisposto dall'ASL LE, rinviando una più puntuale verifica della suddetta programmazione aziendale all'atto di una compiuta definizione di parte regionale degli standard organizzativi delle principali tipologie di strutture sanitarie territoriali. Tale relazione ha evidenziato, ad ogni modo, alcune criticità metodologiche che di seguito si riportano in sintesi;
 - il fabbisogno di personale delle diverse articolazioni territoriali *“viene riportato complessivamente nei Distretti (per i quali non esiste uno standard organizzativo generale di riferimento) e non nelle strutture programmate (ad es. PTA, OdC, ecc.)”*, per le quali viceversa sono stati definiti o sono in corso di definizione standard organizzativi specifici, rendendo estremamente difficoltosa un'eventuale verifica del rispetto dei requisiti organizzativi fissati come standard. Si suggerisce pertanto di indicare nel PTFP, oltre alle macro-strutture aziendali (Distretto, Dipartimento...) ed in colonna separata, un'aggregazione di secondo livello del personale delle strutture territoriali, che ne evidenzia la specifica struttura di collocazione (PTA, Ospedale di Comunità, RSA, Hospice, ecc.).
 - le strutture e i servizi indicati all'interno dei PTA non sempre coincidono con quelli previsti nella programmazione di cui ai R.R. n. 7/2019 ed, in alcuni casi, *“la previsione di un determinato servizio non appare accompagnata dalla previsione, nel fabbisogno, di adeguate figure professionali”*.
- La relazione del Servizio Governo dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 3323 del 13.3.2019, che per il fabbisogno di personale del Dipartimento Salute Mentale (DSM) contenuto nel Piano di fabbisogno di personale dell'ASL LE ha evidenziato le seguenti criticità:
 - Con riferimento alla Direzione DSM:
 - Non è stata prevista la figura del coordinatore, medico psichiatra di II livello dirigenziale;
 - Non è individuata l'equipe “autori di reato” contemplata dalla DGR n. 1496/2015;
 - Risultano previste, a livello aggregato, *“n. 19 unità di personale amministrativo, mentre gli stessi non figurano nell'ambito del personale presente nei CSM”*. Sarebbe pertanto opportuno che, in futuro, l'Azienda proceda a disaggregare il dato a livello dei singoli CSM.
 - Con riferimento ai Centri di Salute Mentale (CSM), sulla base degli standard organizzativi di cui alle DD.GG.RR. n. 1400/2007 e n. 916/2010:
 - CSM Calimera: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli Educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.;
 - CSM Campi: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli Educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.; la figura del personale amministrativo, presumibilmente, è stata globalmente imputata alla Direzione del DSM;
 - CSM Casarano: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.; la figura del personale amministrativo, presumibilmente, è stata globalmente imputata alla Direzione del DSM;
 - CSM Gagliano: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli Educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.; la figura del personale amministrativo, presumibilmente, è stata globalmente imputata alla Direzione del DSM;

- CSM Lecce: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli Educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.; la figura del personale amministrativo, presumibilmente, è stata globalmente imputata alla Direzione del DSM;
- CSM Nardò: non è programmata la figura dei Terapisti R.P.; è, inoltre, opportuno incrementare gli Educatori Professionali, gli Assistenti Sociali e gli O.S.S.; la figura del personale amministrativo, presumibilmente, è stata globalmente imputata alla Direzione del DSM.
- Con riferimento ai Centri diurni: non risultano valorizzate le 12 ore settimanali di attività psicoterapeutica; si ritiene inoltre opportuno incrementare la figura dei collaboratori professionali sanitari.
- Con riferimento alla Neuro-Psichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (N.P.I.A.): in assenza di disposizioni specifiche di settore non si possono fornire valutazioni nel merito.
- Con riferimento alla Terapia Cognitivo-Analitica (C.A.T.): non è programmata la figura dell'Assistente Sociale.
- Con riferimento alla Medicina Penitenziaria: Si segnala la necessità di disaggregare il dato relativo alla penitenziaria, specificando l'organico dedicato agli Istituti Penitenziari in forza al Distretto Socio-Sanitario ed il personale dell'equipe "assistenza psichiatrica penitenziaria" dedicata per II.PP. con popolazione detenuta maggiore di 500 unità secondo le previsioni della DGR n. 361/2011; in riferimento alla Sezione intramuraria del Carcere di Lecce si segnala che non è contemplata la figura dello Psicologo (DGR n. 215/2015).
- La relazione del Servizio Governo dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità, trasmessa con nota prot. AOO_183 n. 5407 del 3.5.2019, che per il fabbisogno di personale del Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) contenuto nel Piano di fabbisogno di personale dell'ASL LE ha rilevato preliminarmente la mancata disaggregazione del fabbisogno di personale amministrativo, integralmente valorizzato presso la Direzione del Dipartimento Dipendenze Patologiche e non - viceversa - articolato nei singoli SERT. Peraltro, non essendo noti per ciascuno dei SERT attivi presso l'ASL LE i dati relativi al grado di utenza media, non risulta possibile confrontare il relativo fabbisogno con i requisiti minimi previsti per legge dal D.M. n. 444/1990 e contenuti nella tabella di seguito riportata, cui comunque si rinvia come standard per la determinazione del fabbisogno:

PROFILO	Utenza media di tossicodipendenti contemporaneamente in trattamento		
	BASSA (fino a 60)	MEDIA (da 60 a 100)	ALTA (da 100 a 150)
Medici	2	3	4
Infermieri o assistenti sanitari visitatori	2	3	4
Psicologi	2	3	4
Assistenti sociali	2	3	4
Educatori professionali, di comunità o affini	1	2	2
Amministrativi	1 (b)	1	1
Altro personale	1	1	2
TOTALE	10 + 1	16	21

- La relazione della Sezione Promozione della Salute e del Benessere, trasmessa con nota prot. AOO_082 del 28.2.2019 n. 680 cui integralmente si rinvia per la parte metodologica, che contiene le valutazioni inerenti i diversi Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, fra l'altro, dell'ASL LE, come di seguito:

SIAN – ASL LE

	Dotazione organica attuale	Criterio DM 1998	Previsione in PTFP (al 2020)	Valutazione	Prescrizione	Raccomandaz.
Dirigenti Medici (<i>inclusi i Direttori di U.O.C.</i>)	10	32	12	Si invita ad integrare il numero in PTFP di almeno ulteriori 20 unità ripartite tra laureati medici e non medici	X	
Spec. ambulatoriali	0					
Dirigenti STPA (<i>Tecnologi Alimentari - Biologi Nutrizionisti</i>)	0					
C.T.S. – Tecnici della Prevenzione (TdP)	21	40	20	Si invita ad integrare il numero in PTFP di 20 unità ripartite tra C.T.S. e C.T.P.		X (Chiarire la diminuzione del numero dei TdP rispetto all'attuale dotazione)
C.T.P. – Tecnologi Alimentari	0					
Dietiste	4	16	8	Si invita ad integrare il numero in PTFP di 8 unità dietiste		X
C.T.S. e C.T.P – Personale sorveglianza nutrizionale	0	19	0	Valutazione sospesa		
Amministrativi	n.d.	28	0	Prescrizione: Integrare in PTFP 6 unità ripartite tra operatori CED e amministrativi, fino ad almeno 10 unità complessive.	X	
Periti informatici, operatori CED	n.d.		0			
Altri : 2 infermieri 1 ausiliario	3	0	3			X (Chiarire la presenza di n. 2 unità di infermiere)

Servizi Veterinari (SIAV A-B-C) - ASL LE**SIAV A**

- Il numero di Dirigenti Veterinari integrato dalle unità di personale Specialista ambulatoriale, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Il numero di unità personale tecnico di vigilanza (TdP) e di agenti tecnici/ausiliari, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Si rileva l'assenza in organico e l'assenza nel PTFP di personale amministrativo e/o operatori CED in tutti i Servizi Veterinari. Integrare alcune unità.

SIAV B

- Il numero di Dirigenti Veterinari integrato dalle unità di personale Specialista ambulatoriale, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Il numero di unità personale tecnico di vigilanza (TdP) e di agenti tecnici/ausiliari, riportato in PTFP, risulta congruo.
- Si rileva l'assenza in organico e l'assenza nel PTFP di personale amministrativo e/o operatori CED in tutti i Servizi Veterinari. Integrare alcune unità.

SIAV C

- Il numero di Dirigenti Veterinari integrato dalle unità di personale Specialista ambulatoriale, riportato in PTFP, deve essere ulteriormente integrato di alcune unità anche al fine di garantire l'erogazione dei LEA (PRESCRIZIONE).

- Il numero di unità personale tecnico di vigilanza (TdP), di agenti tecnici/ausiliari e di amministrativi riportato in PTFP, deve essere ulteriormente integrato di alcune unità per ogni tipologia di profilo professionale.
- Si rileva l'assenza in organico e l'assenza nel PTFP di personale amministrativo e/o operatori CED in tutti i Servizi Veterinari. Integrare alcune unità.

SISP-ASL LE

- Il numero di Dirigenti Medici, riportato in PTFP, risulta sovrastimato.
- Il numero di Infermieri/assistenti sanitari riportato in PTFP, risulta leggermente sovrastimato.
- Il numero di unità di personale Tecnico della Prevenzione riportato in PTFP, risulta sottostimato.
- Il personale amministrativo per tutti i Servizi risulta caricato interamente al Dipartimento e sembra leggermente sovrastimato.

SPESAL-ASL LE

- Il numero di Dirigenti Medici, riportato in PTFP, risulta sottostimato.
- Il numero di unità di personale Tecnico della Prevenzione riportato in PTFP, risulta leggermente sottostimato.
- Il personale amministrativo per tutti i Servizi risulta caricato interamente al Dipartimento e sembra leggermente sovrastimato.

Tutto ciò premesso, si ritiene di poter procedere all'approvazione - con prescrizioni/raccomandazioni - del Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL LE, deliberato in prima adozione con deliberazione Direttore Generale n.2115 del 25 settembre 2018, come successivamente modificata ed integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 2517 del 15.11.2018D.G. n. 1379 del 25 settembre 2018.

In particolare, con riferimento al fabbisogno di personale ospedaliero, effettuate le opportune valutazioni rispetto al fabbisogno formulato ed alle esigenze rappresentate dall'Azienda e tenendo conto dei valori di fabbisogno FTE_max indicati dai Ministeri affiancanti nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 29/3/2018, ove applicabili, è stato definito un "Fabbisogno FTE approvabile" che rappresenta il tetto massimo invalicabile, contenuto in apposita colonna dell'Allegato A) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale.

I valori di fabbisogno di personale ospedaliero, dunque, per ciascuno degli anni del triennio 2018-2020 non possono superare i valori-soglia contenuti nella colonna "Fabbisogno FTE approvabile" del suddetto Allegato A). Tali valori-soglia risultano disaggregati per disciplina con esclusivo riferimento alla dirigenza medica e, viceversa, indicati in modo aggregato a livello di Azienda con riferimento alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto, la cui articolazione per Unità operativa è rimessa alle valutazioni organizzative della Direzione generale dell'Azienda.

Con riferimento al fabbisogno di personale delle strutture territoriali, l'Azienda nel PTFP dovrà tenere conto delle raccomandazioni - o prescrizioni ove espressamente indicato - dei Servizi regionali competenti per materia, come innanzi dettagliatamente richiamate.

Il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo - sia della dirigenza che del comparto - va espresso, giusta nota del Dipartimento regionale della Salute prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore dell'12%.

Valgono, infine, le seguenti prescrizioni di carattere generale:

- Il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a

normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'ASL LE con D.G.R. n. 2293/2018, pari ad € 369.249.206.

- Il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.
- Nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001 ed al D.M. dell'8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. N. 118/2011"

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente atto finale in ordine alla deliberazione in oggetto indicata.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. k) della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A.P. "Gestione monitoraggio controllo fabbisogno personale S.S.R.", dal Dirigente del Servizio "Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R." e dal Dirigente della Sezione S.G.O.;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- Di approvare - con prescrizioni/raccomandazioni - il Piano triennale di fabbisogno di personale (PTFP) 2018-2020 dell'ASL LE, deliberato in prima adozione con deliberazione Direttore Generale n.2115 del 25 settembre 2018, come successivamente modificata ed integrata con deliberazione del Direttore Generale n. 2517 del 15.11.2018.
- Di dare atto che il predetto PTFP dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale dell'ASL LE ai sensi del D.M. 8/5/2018 e quindi comunicato al MEF, entro 30 giorni dall'adozione definitiva, tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001.
- Di stabilire, in particolare, le seguenti prescrizioni per l'adozione definitiva del PTFP :
 - I valori di fabbisogno di personale ospedaliero, per ciascuno degli anni del triennio 2018-2020, non possono superare i valori-soglia contenuti nella colonna "Fabbisogno FTE approvabile" dell'Allegato A) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale. Tali valori-soglia risultano disaggregati per disciplina con esclusivo riferimento alla dirigenza medica e, viceversa, indicati in modo aggregato a livello di Azienda con riferimento alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto, la cui articolazione per Unità operativa è rimessa alle valutazioni organizzative della Direzione generale dell'Azienda.
 - Nella determinazione dei valori di fabbisogno di personale delle strutture territoriali, l'Azienda dovrà tenere conto delle raccomandazioni - o prescrizioni ove espressamente indicato - dei Servizi regionali competenti per materia, come dettagliatamente richiamate in premessa al presente provvedimento.
 - Con specifico riferimento al fabbisogno di dirigenti medici, è necessaria l'indicazione della relativa

specializzazione non solo nell'ambito dell'assistenza ospedaliera ma anche di quella territoriale, ai fini di un'efficace programmazione aziendale oltre che per una coerente gestione delle procedure concorsuali per disciplina.

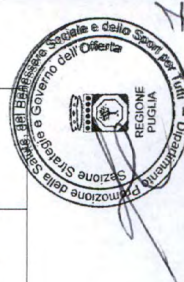
- Il fabbisogno complessivo del personale appartenente al ruolo amministrativo, sia della dirigenza che del comparto, va espresso, giusta nota del Dipartimento regionale della Salute prot. AOO_183 n. 517 del 15.1.2019, entro i seguenti limiti: il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale in servizio non può superare il valore dell'12% .
- Nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001 ed al D.M. dell'8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.
- Il costo complessivo del PTFP, al netto delle voci di costo non ricomprese nella spesa del personale a normativa vigente, deve rientrare nel tetto di spesa attribuito all'ASL BA con D.G.R. n. 2293/2018, pari ad € 369.249.206.
- Il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 6 della LR. n. 13 del 12.04.1994.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

PTFP ASL LE 2018/2020 _ DIRIGENTI MEDICI per singola Disciplina

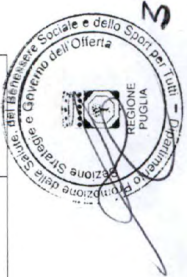
Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_185 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
107	Cardiologia	14	14	14	10	18	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce) che rappresenta l'unica unità operativa di riferimento dell'Azienda; Guardia attiva H24; Attività sala operatoria programmata e in urgenza; Doppia pronta disponibilità notturna e festiva; Attività ambulatoriale.	12
108 150 205 216	Cardiologia Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia) Servizio cardiologico	79	79	79	41	76	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 7 U.O. (Lecce - UTIC - UTIC H24; Gallipoli - UTIC H24; Scorrano - UTIC H24; Casarano - Cardiologia di base con Guardia attiva H24; Galatina - Cardiologia di base con Guardia attiva H24; Copertino - Cardiologia di base con Guardia attiva H24; San Cesario - Riabilitazione cardiologica); Necessità n. 7 Guardie divisionali. Attività sala operatoria programmata e in urgenza; Pronta disponibilità notturna e festiva; Rilevante attività ambulatoriale e Day service (visite, controlli, ecocardiogramma, holter cardiaco, eco-doppler, artimologia, elettrofisiologia, ecc.).	71
109	Chirurgia generale	64	64	64	67	76	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 6 U.O. di degenza (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino); Attività di sala operatoria; Supporto alla Breast Unit attiva presso l'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce; Rilevante attività ambulatoriale per utenti esterni.	64
110	Chirurgia Maxillo Facciale	3	3	3	6	9	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	3
111	Chirurgia pediatrica	9	9	9	2	10	FTE_MAX inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg., approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce), che rappresenta l'unica U.O. di riferimento per bacino sovra-aziendale ASL LE-ASL BR-ASL TA.	9
112	Chirurgia plastica	5	5	5	5	7	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	5
113	Chirurgia toracica	8	8	8	7	10	Lieve eccesso rispetto a FTE_max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce), che rappresenta l'unica U.O. di riferimento dell'Azienda. Guardia attiva H24; Attività di sala operatoria programmata e in urgenza; Doppia pronta disponibilità notturna e festiva; Attività ambulatoriale.	8
114	Chirurgia vascolare	7	7	7	10	10	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	7
118	Ematologia	14	14	14	15	13	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	14
119 206	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	5	5	5	9	6	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	5
121	Geriatra	19	19	19	23	29	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 3 U.O. di degenza (Lecce; Casarano; Copertino); Consulenze per altri reparti e per il Pronto Soccorso; Rilevante attività ambulatoriale (Attività di Valutazione Multidimensionale Geriatrica; Centro Alzheimer; Ecocolor doppler TSA e Artero Venoso arti inferiori; ecc.).	19



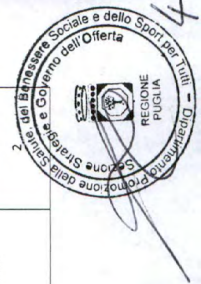
Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTEP ASL 2018	Fabbisogno PTEP ASL 2019	Fabbisogno PTEP ASL 2020	FTE MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
124	Malattie infettive e tropicali	12	12	12	8	10	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. di degenza (Lecce, Galatina): Rilevante attività ambulatoriale per esterni (Ambulatorio HIV; Centro malattie sessualmente trasmissibili; Trattamento pazienti TBC dimessi dal reparto; ecc.).	12
126 160	Medicina generale Lungodegenti	84	84	84	62	106	Eccesso rispetto ad FTE_max NOTA_Presenza n. 6 UU.OO. di degenza di Medicina generale (Ospedale HUB di Lecce - con dotazione di 70 posti letto; Gallipoli - 32 p.l.; Scorrano - 32 p.l.; Casarano - 24 p.l.; Galatina - 32 p.l.; Copertino - 32 p.l.), con annesso n. 6 UU.OO. Lungodegenza (Lecce, Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino); Guardia attiva H24 in tutti gli Ospedali; Rilevante attività ambulatoriale e Day Service (Ecografie e Doppler; Reumatologia; Diabetologia; Emofilia; Coagulazione; Endocrinologia; ecc.); Centro Talassemia (Ospedali di Lecce, Casarano e Gallipoli), giunta DGR n. 712 del 2.5.2018. Il Fabbisogno FTE approvabile tiene conto del numero di posti letto di Medicina Generale del reparto dell'Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce, pari a 70, in relazione al quale si ritiene opportuno un incremento della relativa équipe medica.	71
128	Unità spinale	0	0	0	1	5	FTE_MAX inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg. approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (San Cesario, ora trasferita a Lecce) con 6 p.l. Il Fabbisogno FTE approvabile è indicato pure in assenza della relativa valorizzazione da parte dell'Azienda, onde consentire l'operatività dei 6 p.l. previsti dalla rete ospedaliera regionale.	5
129 204	Nefrologia	23	23	23	18	46	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza di n. 2 UU.OO. di Nefrologia e Dialisi (Lecce; Galatina); Necessità Guardia divisionale per ciascuna delle UU.OO.: Galatina e 10 posti-letto a Gallipoli, cui si aggiungono ulteriori posti-letto presso i CAD pubblici (Campi Salentina; Calimera; Galliano; Nardo; Poggiardo; Ugento) ex D.G.R. 1679/2018. NOTA_ Il FTE approvabile è stato determinato considerando uno standard di n. 9 medici (inclusa guardia divisionale) per ciascun reparto di degenza di Nefrologia e n. 3 medici per ciascun Centro Dialisi ospedaliera, comunque entro la valorizzazione di fabbisogno determinata dall'Azienda.	23
130	Neurochirurgia	11	11	11	10	14	Lieve eccesso rispetto a FTE max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce), che rappresenta l'unica U.O. di riferimento dell'Azienda; Necessità Guardia divisionale; Attività sala operatoria programmata e in urgenza; Attività di neuro-radiologia interventistica; Attività ambulatoriale (Ambulatorio per le malattie del sistema nervoso periferico - SNP).	11
132 212	Neurologia	21	21	21	21	23	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. (Lecce - Stroke Unit 2° livello; Gallipoli - Stroke Unit 1° livello); Rilevante attività ambulatoriale e Day hospital (EMG - Elettromiografia; Neurologia generale; Prevenzione ictus; Epilessia; Ambulatorio U.V.A.; Ambulatorio Parkinson e malattie extrapiramidali; Ambulatorio sclerosi multipla e malattie demielinizzanti). Il Fabbisogno FTE approvabile non comprende il fabbisogno relativo all'Unità Spinale, valorizzato a parte in corrispondenza della relativa disciplina.	21
134	Oculistica	8	8	8	8	8	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	8
136	Ortopedia e traumatologia	62	62	62	66	69	Fabbisogno entro FTE_max NOTA_Presenza n. 5 UU.OO. (Lecce - Centro Traumi di Alta Specializzazione; Gallipoli - Centro Traumi di Zona; Scorrano - Centro Traumi di Zona; Casarano - Pronto Soccorso Traumatologico; Copertino - Pronto Soccorso Traumatologico). Attività di sala operatoria rilevante negli ospedali che si comitano come Centro Traumi di Alta Specializzazione e Centro Traumi di Zona; Operatività - presso l'Ospedale "Fazzi" di Lecce - di quattro sale di Trauma Center, Traumatologia e Ortopedia con un percorso d'emergenza per i traumi maggiori e i politraumi; Attività ambulatoriale diffusa.	62



Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (PR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
137	Ostetricia e Ginecologia	61	61	61	51	60	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (Lecce - Ostetricia II livello, con 50 p.i.; Gallipoli; Scorrano; Copertino [poi sostituito da Galatina] - Ostetricia I livello), con un punto nascita di II livello presso l'Ospedale "Fazzi" di Lecce; Necessità 4 Guardie divisionali; Attività di sala operatoria e sala parto; Rilevante attività ambulatoriale (Diagnosi prenatale; Ecografie morfologiche, ultrascreen (ductect), biometrie; Ambulatorio generale, menopausa, dolore pelvico; Chirurgia mini-invasiva, colposcopia, CTG; Attività di pianificazione familiare: contraccezione, sterilizzazione tubarica, fertilità; Interruzioni Volontarie di Gravidanza).	51
138	Otorinolaringoiatria	15	15	15	17	16	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 3 UU.OO. (Lecce; Gallipoli; Scorrano).	15
139	Pediatria	47	47	47	30	32	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. di degenza (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Galatina); Rilevante attività ambulatoriale. Il Fabbisogno FTE approvabile per la Pediatria comprende il fabbisogno di medici Neonatologi per i punti nascita di tutti gli ospedali, ad eccezione dell'Ospedale HUB "Fazzi" di Lecce per il quale tale fabbisogno è valorizzato in corrispondenza della relativa disciplina. Il Fabbisogno FTE approvabile per la Pediatria non comprende il fabbisogno di medici di Oncematologia pediatrica, approvato (nella misura di n. 7 unità) separatamente in corrispondenza della disciplina di riferimento.	40
140	Psichiatria	24	24	24	12	27	FTE_max inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg. approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 4 UU.OO. (Lecce; Scorrano; Casarano; Galatina); Necessità Guardia divisionale. Il fabbisogno FTE approvabile ha tenuto conto, oltre che delle caratteristiche organizzative innanzi richiamate, degli standard organizzativi per n. 15 posti letto di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1442/2009 recante la dotazione organica-tipo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedaliero (6 medici ogni 15 p.i.), cui si affianca il fabbisogno aggiuntivo per le guardie divisionali, comunque entro il fabbisogno valorizzato dall'Azienda.	24
143	Urologia	18	18	18	19	28	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. (Lecce; Gallipoli).	18
149 310 301	Terapia intensiva Sale operatorie Altre urgenze intensive a supporto	135	135	135	147	177	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 6 UU.OO. (Lecce - DEA II livello; Gallipoli e Scorrano - DEA I livello; Casarano, Galatina e Copertino - Pronto Soccorso). NOTA_Modalità di calcolo del fabbisogno di personale MCAU definite nell'Allegato B della D.G.R. 1933 del 30/11/2016 (pag. 9), da cui si evince - in base al n. medio accessi a P.S. nel triennio 2016-2018 e computando esclusivamente le strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso - un fabbisogno pari a n. 78 dirigenti medici. Il Fabbisogno FTE approvabile, peraltro, tiene conto del completamento - nel gennaio 2019 - dei lavori per il nuovo DEA 2° livello dell'Ospedale "Fazzi" di Lecce, dotato di Pronto Soccorso con quattro sale di Trauma Center, Traumatologia e Ortopedia con un percorso d'emergenza per i traumi maggiori e i politraumi, Camera Iperbarica e Diagnostica per immagini. A ciò si aggiunge una dotazione di n. 12 sale operatorie allestite in un blocco operatorio adiacente all'Area Chirurgica. Completano il ventaglio di funzioni tipiche legate all'emergenza-urgenza: l'Area Cerebrale, con Neurologia, Neurochirurgia e Stroke-Unit, e l'Area Chirurgica, con la Chirurgia Generale, Toracica e Maxillo-Facciale.	135
151	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	84	84	84	84	94	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 6 UU.OO. (Lecce - DEA II livello; Gallipoli e Scorrano - DEA I livello; Casarano, Galatina e Copertino - Pronto Soccorso). NOTA_Modalità di calcolo del fabbisogno di personale MCAU definite nell'Allegato B della D.G.R. 1933 del 30/11/2016 (pag. 9), da cui si evince - in base al n. medio accessi a P.S. nel triennio 2016-2018 e computando esclusivamente le strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso - un fabbisogno pari a n. 78 dirigenti medici. Il Fabbisogno FTE approvabile, peraltro, tiene conto del completamento - nel gennaio 2019 - dei lavori per il nuovo DEA 2° livello dell'Ospedale "Fazzi" di Lecce, dotato di Pronto Soccorso con quattro sale di Trauma Center, Traumatologia e Ortopedia con un percorso d'emergenza per i traumi maggiori e i politraumi, Camera Iperbarica e Diagnostica per immagini. A ciò si aggiunge una dotazione di n. 12 sale operatorie allestite in un blocco operatorio adiacente all'Area Chirurgica. Completano il ventaglio di funzioni tipiche legate all'emergenza-urgenza: l'Area Cerebrale, con Neurologia, Neurochirurgia e Stroke-Unit, e l'Area Chirurgica, con la Chirurgia Generale, Toracica e Maxillo-Facciale.	84
152	Dermatologia	3	3	3	10	5	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce) con 4 p.i.; Attività ambulatoriale.	3



Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
156	Recupero e riabilitazione funzionale	11	11	11	6	9	Eccesso rispetto a FTE_max NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Plesso Riabilitativo ospedal. di San Cesario - 100 p.l. previsti da rete ospedaliera regionale); N. 1 ulteriore U.O. in via di attivazione (Copertino).	11
158	Gastroenterologia	13	13	13	11	18	Eccesso rispetto a FTE_max. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. (Lecce; Scorrano); Attività di sala operatoria; Rilevante attività ambulatoriale; Ambulatorio di endoscopia; Ambulatorio di ecografia addominale (Ecografie addominali, diagnostiche ed operative; Biopsie epatiche su masse e/o su parenchima; Doppler dei vasi portal per lo studio dell'ipertensione nei pazienti cirrotici; Ablazioni delle neoplasie primitive del fegato); Ambulatorio Retto-colite ulcerosa e malattie di Crohn; Ambulatorio di fisiopatologia digestiva; Ambulatorio Patologie epatiche croniche; Ambulatorio Nutrizione Clinica e Centro per la nutrizione artificiale domiciliare.	13
162 173	Neonatalogia Terapia intensiva neonatale (UTIN)	15	15	15	14	16	Lieve eccesso rispetto a FTE_max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce - Neonatologia II livello), che rappresenta l'unica U.O. di riferimento dell'Azienda. L'Ospedale "Vito Fazi" è peraltro Centro HUB della rete STEN, richiedendo pertanto una dotazione aggiuntiva di personale medico secondo quanto stabilito dal Protocollo operativo del "Sistema in Emergenza del Neonato" (STEN), approvato con D.G.R. n. 1933/2016 recante riordino della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza in Puglia. Il Fabbisogno FTE approvabile include i Neonatologi della UTIN, la cui valorizzazione da parte dell'Azienda non è indicata separatamente.	15
164 214	Oncologia (con e senza posti letto)	30	30	30	24	43	Eccesso rispetto a FTE_max. NOTA_Presenza n. 3 UU.OO. di degenza (Lecce - 30 p.l.; Gallipoli - 20 p.l.); Casarano - 10 p.l.), cui si aggiungono n. 3 Servizi di Oncologia senza posti letto presso gli Ospedali di Scorrano, Casarano e Galatina; Day Hospital oncologico; Chemioterapie in day service; Rilevante attività ambulatoriale.	30
165	Oncematologia pediatrica	0	0	0	2	7	Fabbisogno per la disciplina Oncematologia pediatrica non valorizzato in modo specifico dall'Azienda, che lo include in quello della Pediatria. FTE_MAX inadeguato ad assicurare il funzionamento dei reparti previsti dalla rete ospedaliera reg. approvata dal Ministero (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica il Fabbisogno regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. di degenza (Lecce), che rappresenta l'unica U.O. di riferimento dell'Azienda; Rilevante attività ambulatoriale.	7
168	Pneumologia	25	25	25	15	21	Eccesso rispetto a FTE_max. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. di degenza (Lecce - 30 p.l., di cui 3 p.l. per Terapia Intensiva Respiratoria; Galatina - 12 p.l.); Rilevante attività ambulatoriale; Endoscopia toracica (broncoscopia; video fibrobroncoscopia; ecc.); Ambulatorio di fisiopatologia respiratoria (valutazione funzionale respiratoria completa, diagnostica strumentale respiratoria, monitoraggio saturimetria notturna, test da sforzo cardiopolmonare, ecc.); Neoplasie dell'apparato respiratorio; Disturbi respiratori del sonno; Diagnosi e terapia dell'asma e della BPCO.	16
171	Reumatologia	3	3	3	3	5	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	3
201	Allergologia	4	4	4	4	3	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce)	4
203	Anatomia e istologia patologica	12	12	12	17	14	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 2 UU.OO. (Lecce; Gallipoli).	12
220 207	Immunologia e centro trapianti Genetica medica	1	1	1	0	2	FTE_MAX non valorizzato (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbis. Regionale, pari a 2. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce).	



Cod. U.O.	Denominazione Unità Operativa (Disciplina)	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato per Azienda con nota prot. AOO_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
208	Laboratorio d'analisi	17	17	17	/	18	FTE_MAX non valorizzato (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbis. regionale. NOTA_Presenza n. 6 UU.OO. (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino).	17
210	Medicina nucleare (senza posti letto)	7	7	7	1	8	FTE_MAX incongruo/inammissibile (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbis. regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce).	7
211	Microbiologia e virologia	2	2	2	/	3	FTE_MAX incongruo/inammissibile (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbis. regionale. NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce).	2
217	Servizio trasfusionale	33	33	33	/	34	FTE_MAX incongruo/inammissibile (rif. nota regionale prot. AOO_005 n. 250 del 23/07/2018), dunque si applica quale riferimento il Fabbis. regionale. NOTA_Presenza n. 6 UU.OO. (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino).	33
269 213	Radiologia	83	83	83	72	92	Eccesso rispetto a FTE max. NOTA_Presenza n. 7 UU.OO. (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino; San Cesario); Guardia attiva H24 a Lecce, anche per il presidio delle attività di Neuroradiologia; Guardia H12 e pronta disponibilità notturna e festiva in tutti gli Ospedali; Attività di RMN a Lecce e Casarano; Attività TAC in tutti gli Ospedali; Necessità del pieno utilizzo delle attrezzature e grandi macchine disponibili; Attività di Radiologia interventistica prevista dalla DGR n. 1439/2018 - "Rete regionale di radiologia interventistica" presso l'ospedale "Vito Fazzi" di Lecce, che richiede un fabbisogno aggiuntivo di n. 5 unità. Riposo biologico per rischio radiologico (Incremento FTE).	82
270	Radioterapia	9	9	9	5	10	NOTA_Presenza n. 1 U.O. (Lecce). NOTA il fabbisogno approvabile tiene conto - ai fini del pieno utilizzo delle attrezzature presenti nell'Azienda - delle previsioni del "Piano regionale di radioterapia oncologica (RTO)" approvato con D.G.R. n. 2412 del 21/12/2018, secondo cui l'ASL LE dispone di n. 3 LINAC (dei quali 2 lavorano su turni H12 ed uno su turni H6) per i quali risulta necessario un personale pari a n. 12 medici (incluso Direttore).	12
512	Direzione sanitaria di presidio	11	11	11	11	18	Fabbisogno entro FTE_max. NOTA_Presenza n. 7 UU.OO. (Lecce; Gallipoli; Scorrano; Casarano; Galatina; Copertino; San Cesario), nei quali occorre garantire la presenza della Direzione H12 e una Pronta disponibilità notturna e diurna festiva, al fine di rispondere a tutte le eventuali necessità ed urgenze sanitarie ed organizzative. Va inoltre presidiata l'attività legata ai controlli per l'appropriatezza dei ricoveri. Il fabbisogno FTE approvabile è stato pertanto definito, comunque entro la valorizzazione del fabbisogno dell'Azienda, prevedendo: n. 2 unità per ogni P.O. di Base, n. 3 unità per ogni P.O. di I° livello, n. 5 unità per ogni P.O. di II° livello, n. 1 unità per ogni Plesso di Riabilitazione.	11



PTFP ASL LE 2018/2020 _ INFERMIERI-PERSONALE OSTETRICO-OSS

Profilo professionale	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	FTE_MAX (Fabbisogno ministeriale di cui al verbale del 29/03/2018, disaggregato con nota prot. A00_183 n. 9730 del 26/06/2018)	Fabbisogno regionale (FR), ove inapplicabile FTE_MAX ministeriale	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
Infermieri	2142	2142	2142	2.104	2.330	Eccesso rispetto ad FTE_max	2.104
Personale ostetrico	66	66	66	63	60	Lieve eccesso rispetto ad FTE_max	63
OSS	600	600	600	796	941	Fabbis. Entro FTE_max	600



PTFP ASL LE 2018/2020 _ RESTANTE PERSONALE

Profilo professionale	Fabbisogno PTFP ASL 2018	Fabbisogno PTFP ASL 2019	Fabbisogno PTFP ASL 2020	Fabbisogno regionale (FR) di personale ospedaliero (nota regionale prot. AOO_005 n. 00120 del 23/03/2018)	Note regionali	Fabbisogno FTE approvabile
Dirigente sanitario	83	83	83	94	Fabbisogno entro FR.	83
Dirigente amministrativo	8	8	8	/		DA DEFINIRE (secondo le regole dettate con nota regionale prot. AOO_183 n. 517 del 15/01/2019*)
Personale tecnico	153	153	153	/		153
Personale tecnico sanitario	347	347	347	385	Fabbisogno entro FR.	347
Personale della riabilitazione	27	27	27	64	Fabbisogno entro FR.	27
Ausiliario	678	733	743	404	Eccesso rispetto ad FR, che non ricomprende tuttavia il fabbisogno ospedaliero coperto tramite ricorso a Società In House	743 (di cui n. 523 per Società In House)
Personale amministrativo	187	187	187	/		DA DEFINIRE (secondo le regole dettate con nota regionale prot. AOO_183 n. 517 del 15/01/2019*)

* NOTA: Lo standard di personale amministrativo di ciascuna ASL (comparto + dirigenza) va rapportato complessivamente al massimo al 12% del personale in servizio dell'Azienda, come da direttive regionali di cui alla nota prot. AOO_183-517 del 15/1/2018.

IL PRESENTE AVEGATO SI COMPONE DI N. 7 PAGINE, INCLUSA LA PRESENTE.

IL DIRIGENTE DEL S.O.
(Dott. G. CARPAGNANO)



7

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 maggio 2019, n. 885

Ricognizione annuale della consistenza del personale regionale con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, in relazione ai posti in Dotazione Organica - Dichiarazione di non eccedenza anno 2019.

Il Vicepresidente con delega alla Protezione civile - Personale e organizzazione, dott. Antonio NUNZIANTE, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Alta Professionalità "Organizzazione" e confermata dal dirigente della Sezione Personale e organizzazione riferisce:

"l'art.6 comma 1 del d.lgs 30 marzo 2001 n.165, come modificato dal combinato disposto dell'art.11 comma 1 della legge del 09/03/2006, n.80 e dall'art.2 comma 18 della legge 7 agosto 2012, n.135, ha posto l'obbligo alle Pubbliche Amministrazioni di eseguire una ricognizione annuale del personale occupante posto in dotazione organica (con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato), finalizzata alla dichiarazione di eventuale soprannumero e/o eccedenza di personale rispetto alla dotazione stessa.

L'art.33 del d.lgs. 24/5/2001, n. 165, comma 2 stabilisce, inoltre, che il mancato rispetto di detta ricognizione comporta il divieto di effettuare assunzioni o instaurare rapporti di lavoro con qualunque tipologia di contratto, pena la nullità degli atti posti in essere.

La circolare n. 4/2014 del Ministero per la Semplificazione e fa pubblica amministrazione ha chiarito che le finalità della ricognizione non sono solo quelle di dichiarare che il numero complessivo delle unità in ruolo è contenuto nel numero dei posti previsti in dotazione (condizione di non soprannumero) ma anche che eventuali sovrabbondanze di unità in una o più categorie possano essere riconvertite, ove possibile, in altre categorie (eccedenza).

La ricognizione annuale, infatti, e il Piano Triennale dei Fabbisogni di cui all'art.39 comma 1 della legge 27 dicembre 1997, n.449 confermato dall'art.6 del dlgs 30 marzo 2001, n.165, devono intendersi entrambi validi strumenti finalizzati ad assicurare la funzionalità e la razionalizzazione dell'impiego dei dipendenti, nell'ottica del miglior funzionamento dei servizi e nel rispetto dei vincoli di contenimento della spesa pubblica.

Poiché il comma 4 bis dell'art.6 del d.lgs n.165/2001, stabilisce che è prerogativa dei dirigenti individuare le risorse umane necessarie allo svolgimento dei compiti istituzionali della struttura a cui sono preposti e la sopradetta circolare n. 4/2014 auspica un maggior livello di responsabilizzazione della dirigenza, i Direttori di Dipartimento e figure equiparate, nonché il Segretario del Consiglio Regionale hanno raccolto le dichiarazioni dei propri dirigenti di Sezione dalle quali si rileva l'impiego totale di tutto il personale assegnato e l'assenza di eccedenza (dichiarazioni in atti).

Con deliberazione di Giunta regionale n.1165 del 28/06/2018, la dotazione organica della Regione Puglia, comprendente le esigenze funzionali del Consiglio regionale, è così definita:

Dotazione organica vigente	
Categorie/dirigenza	Numero posti
A	112
B	937
C	1057
D	1578
Dirigenza	168
Totale	3.852

Da quanto fin qui rappresentato consegue che la Regione Puglia ha impiegato appieno i propri dipendenti occupanti posto in dotazione organica, secondo le formali dichiarazioni dei Direttori di Dipartimento e figure equiparate, nonché del Segretario Generale del Consiglio regionale e, come sotto riportato, si rileva che le unità di ruolo in servizio al 31.12.2018 sono nettamente inferiori ai posti previsti, necessari e fissati; conseguentemente la Regione Puglia non si trova in condizioni di eccedenza di personale anche dirigenziale, né in condizioni di soprannumero.

31/12/2018 - rilevazione numerica degli scostamenti tra consistenza di personale e dotazione organica vigente			
Categorie/dirigenza [col.1]	Posti in dotazione organica vigente [col.2]	Consistenza del personale al 31.12.2018 [col.3]	Posti vacanti in dotazione organica al 31.12.2018 [col.4 = col.2 - col.3]
A	112	92	20
B	937	836	101
C	1057	890	167
D	1578	1226	352
Dirigenza	168	106	62
Totale	3.852	3150	702

COPERTURA FINANZIARIA

“La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale”

Il Vice Presidente relatore, delegato al personale e all'organizzazione, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale.

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. k) della Legge regionale n. 7/97.

LA GIUNTA

Udita la relazione del Vicepresidente con delega alla Protezione civile - Personale e organizzazione;
Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal responsabile della competente Alta Professionalità e dal dirigente della Sezione Personale e organizzazione;
A voti unanimi espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

Per le motivazione espresse in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate di:

1. condividere la relazione del Vicepresidente della Giunta regionale;
2. dare atto che dal monitoraggio della consistenza del personale, della Giunta e del Consiglio regionale, occupante posto in dotazione organica al 31.12.2018, deriva quanto segue:

31/12/2018 - rilevazione numerica degli scostamenti tra consistenza di personale e dotazione organica vigente			
Categorie/dirigenza [col.1]	Posti in dotazione organica vigente [col.2]	Consistenza del personale al 31.12.2018 [col.3]	Posti vacanti in dotazione organica al 31.12.2018 [col.4 = col.2 - col.3]
A	112	92	20
B	937	836	101
C	1057	890	167
D	1578	1226	352
Dirigenza	168	106	62
Totale	3.852	3150	702

3. dare atto che la consistenza del personale con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato è inferiore in ciascuna categoria e nella qualifica dirigenziale ai corrispondenti posti fissati in dotazione organica della Regione Puglia;
4. dichiarare, in applicazione degli artt. 6 comma 1 e 33 del d.lgs. 24/05/2001, n. 165, per quanto emerso dalle formali dichiarazioni dei direttori di Dipartimento e figure equiparate, nonché del Segretario Generale del Consiglio Regionale, e per quanto approvato al precedente punto 2, che la Regione Puglia non si trova in condizioni di eccedenza di personale anche dirigenziale, né in condizioni di soprannumero rispetto ai posti previsti in dotazione organica e che, pertanto, l'Ente non deve avviare procedure per la dichiarazione di esubero;
5. pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
6. trasmettere, per quanto previsto dall'art. 33 comma 1, il presente provvedimento al Dipartimento della funzione pubblica, quale dichiarazione di non eccedenza.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 giugno 2019, n. 991

D.G.R. n.864 del 23/05/2018 - D.G.R. n.1404 del 02/08/2018 - “Approvazione del programma di promozione dei prodotti agroalimentari pugliesi di qualità ed Educazione Alimentare - Annualità 2018 - 2019”. Modifiche ed integrazioni

Assente l'Assessore regionale all'Agricoltura, Risorse agroalimentari, Alimentazione, Riforma fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, dott. Leonardo Di Gioia, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile della A.P. “Servizi di promozione Agroalimentare e Comunicazione”, confermata dal Dirigente della Sezione Coordinamento dei Servizi Territoriali, riferisce il Presidente:

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 864 del 23 maggio 2018, come modificata con la D.G.R. n.1404 del 02/08/2018, la Regione Puglia ha approvato il Programma di promozione agroalimentare per l'anno 2018/2019, che rappresenta un elemento fondamentale della politica regionale a sostegno del comparto produttivo agricolo.

Detto programma si integra con le attività di promozione e comunicazione comprese nel Programma di Sviluppo Rurale PUGLIA 2014 - 2020, al fine di favorire la partecipazione degli agricoltori ai sistemi di qualità alimentare, incrementare e favorire la diffusione delle azioni di informazioni presso i consumatori, con particolare attenzione alla competitività ed alla sostenibilità ambientale nel settore agricolo e forestale, il tutto a supporto delle Imprese e dei territori rurali.

Il Programma di promozione agroalimentare per l'anno 2018/2019 si esplica attraverso le seguenti tipologie di attività:

- A) **Programma annuale relativo a fiere, manifestazioni ed eventi in Italia e all'Estero** da realizzare in relazione alle disponibilità finanziarie e comunque dando priorità ad alcuni di essi, riportati nell'Allegato 1 della D.G.R. 864/2018, fermo restando la possibilità di finanziare l'acquisizione di aree anche per altri eventi fieristici inseriti in elenchi adottati dalla Regione Puglia.
- B) **Fiere, manifestazioni ed eventi in Italia e all'Estero, di interesse del Dipartimento Agricoltura, Sviluppo Rurale ed Ambientale**, non riportate nell'Allegato 1, i cui costi saranno a totale o parziale carico della Regione Puglia.
- C) **Concessione contributi**, per azioni di incoming tematici rivolti a buyers e giornalisti da realizzarsi sul territorio regionale, percorsi enogastronomici sul territorio regionali rivolti a pubblico di appassionati, organizzati per tema (ad es. percorsi del vino/percorsi dell'olio/masserie didattiche, etc.), manifestazioni e/o attività aventi come finalità prevolente la promozione dei prodotti agroalimentari regionali a Marchio “Prodotti di Qualità” e comunque aderenti ai sistemi di qualità (DOCG, DOP, IGP, biologici, tradizionali).
- D) **Azioni inerenti il programma di educazione alimentare**

Per la concessione dei contributi di cui alla lettera C) la citata DGR n. 864/2018 contiene anche lo schema di domanda che i soggetti interessati devono compilare e presentare alla Sezione competente per l'ottenimento del contributo.

La concessione dei contributi di cui alla richiamata lettera C), infatti, è finalizzata al conferimento di un contributo pubblico riconducibile ad aiuti alle imprese in regime de minimis, nel rispetto delle condizioni di cui al Reg. UE della Commissione n. 1407/2013, ovvero al Reg. UE n. 1408/2013.

Pertanto, si rende necessario modificare il richiamato schema di domanda, al fine di acquisire tutte le informazioni necessarie per effettuare le visure relative ad eventuali aiuti de minimis registrati o in registrazione (visura aiuti de minimis), nonché quelle riguardanti la presenza di soggetti tenuti alla restituzione degli aiuti oggetto di decisione di recupero della Commissione Europea (Deggendorf), e per effettuare la registrazione del contributo concesso nel Registro Nazionale Aiuti, ovvero, laddove si tratti di Aziende Agricole, nel Registro SIAN.

Considerato che la DGR n.864/2018, nella parte relativa a “Modalità di attuazione e beneficiari” definisce i

soggetti, gli importi massimi per ciascun progetto, fermo restando che il soggetto richiedente può formulare una unica istanza, entro il previsto importo massimo, pur riferendosi a diversi eventi, nonché le percentuali di cofinanziamento in relazione alla tipologia dei soggetti richiedenti.

Considerato che la DGR n.864/2018, nella parte relativa a "Presentazione domande" prevede, per l'anno 2019, la possibilità di presentare la domanda per la concessione di contributi di cui alla lettera C) entro il 31 gennaio 2019.

Considerato che, alla predetta data, è pervenuto un numero di domande inferiori rispetto alle annualità precedenti, con una richiesta finanziaria inferiore rispetto al budget assegnato per la relativa lettera C), fermo restando la dotazione finanziaria stabilita nel richiamato atto giuntale, si ritiene praticabile la riapertura del predetto termine, a partire dal 15 giugno, con scadenza al 30 giugno 2019.

Inoltre, al fine di consentire alla Sezione competente di poter programmare, organizzare e svolgere tutte le attività propedeutiche alla partecipazione agli eventi fieristici che si svolgeranno nell'anno 2020, in particolare nei primissimi mesi dell'anno, per i quali è necessario assumere impegni finanziari connessi all'acquisizione degli spazi -circostanza che si verifica anche molti mesi prima dell'evento fieristico stesso- si ritiene necessario approvare il Programma fieristico con riferimento all'annualità 2020, così come riportato nell'Allegato 1), parte integrante del presente atto.

Tanto premesso

VISTA la L.R. n.48 del 28/05/75 ed in particolare l'art. 6, così come modificato dall'art. 10 della L.R. 01/04, che consente la partecipazione della Regione a manifestazioni fieristiche, mostre e convegni che si svolgono nel territorio nazionale ed all'estero, al fine della valorizzazione di attività e produzioni tipiche regionali (l'art. 6 dispone che entro il 30 marzo sia approvato il programma delle iniziative promozionali e di marketing territoriale con la relativa previsione di spesa);

VISTA la legge 7/8/90, n. 241, e ss.mm.ii., concernente nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritti di accesso ai documenti amministrativi, ed in particolare l'art. 12 che prevede la predeterminazione dei criteri e delle modalità per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari;

VISTA la D.C.R. n. 861/94 che individua le direttive per la realizzazione di azioni promozionali e pubblicitarie relative ai prodotti agro-alimentari pugliesi;

VISTA la D.G.R. n.864 del 23/05/2018 "Programma di promozione dei prodotti agroalimentari pugliesi di qualità ed Educazione Alimentare - Annualità 2018 - 2019";

VISTA la D.G.R. n.1404 del 02/08/2018, avente ad oggetto modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n.864/2018.

PROPONE:

- di approvare quanto riportato nelle premesse;
- di modificare lo schema di domanda relativa alla richiesta di concessione di contributi di cui alla lettera C) della Tipologia di Attività contenuta nella DGR 864/2018, secondo l'Allegato 2 della presente deliberazione, che diventa parte integrante della stessa;
- di riaprire i termini per la presentazione delle domande afferenti la predetta lettera C), con decorrenza 15 Giugno 2019 e fino al 30 giugno 2019 compreso;
- di approvare il Piano Fieristico per l'anno 2020, come da Allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, fermo restando la dotazione finanziaria che verrà attribuita al Programma stesso.

Sezione copertura finanziaria D.Lgs. 118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'articolo 4 comma 4 lettera f) e k) della legge regionale n. 7/97.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

Vista la dichiarazione posta in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore e dal Dirigente del Sezione Coordinamento Servizi Territoriali;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di approvare quanto riportato nelle premesse;
- di modificare lo schema di domanda relativa alla richiesta di concessione di contributi di cui alla lettera C) della Tipologia di Attività contenuta nella DGR 864/2018, secondo l'Allegato 2 della presente deliberazione, che diventa parte integrante della stessa;
- di riaprire i termini per la presentazione delle domande afferenti la predetta lettera C), con decorrenza 15 Giugno 2019 e fino al 30 giugno 2019 compreso;
- di approvare il Piano Fieristico per l'anno 2020, come da Allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, fermo restando la dotazione finanziaria che verrà attribuita al Programma stesso.
- **di incaricare** il Segretariato Generale della Giunta Regionale di inviare copia del presente atto all'Ufficio del Bollettino per la pubblicazione nel BURP ai sensi dell'art. 6 - lettera e - della L.R. 13/94;
- **di dare** atto che il presente provvedimento è esecutivo.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
SILVIA PIEMONTE

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

PROGRAMMA FIERISTICO
2020

ALLEGATO 1

FIERA	data prevista	PRIORITA'
FRUIT LOGISTICA, Berlino	febbraio	SI
BIT – Borsa Internazionale del Turismo, Milano -	febbraio	
PROWEIN, Dusseldorf	marzo	SI
OLIO CAPITALE, Trieste	marzo	
VINITALY, Verona -	aprile	SI
TUTTO FOOD, Milano	maggio	
FIERA INTERNAZIONALE DELL'AGRICOLTURA E DELLA ZOOTECHNIA, Foggia	aprile/maggio	SI
CIBUS, Parma	maggio	SI
SUMMER FANCY FOOD, New York	giugno/luglio	SI
FIERA DEL LEVANTE – SALONE DELL'AGROALIMENTARE, Bari	settembre	SI
MACFRUIT, Cesena	settembre	
SALONE DEL GUSTO, Torino	settembre	SI
ANUGA, Colonia	ottobre	
SIAL, Parigi	ottobre	SI
FRUIT ATTRACTION, Madrid	ottobre	
AGRILEVANTE, Bari	ottobre	SI
FIERA CAVALLI, Verona	novembre	
CHINA INTERNATIONAL IMPORT EXPO, Shanghai	novembre	SI
AF, Artigianato in Fiera, Milano	dicembre	
MISSIONI IMPRENDITORIALI:		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Praga		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Sud Africa		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Corea del Sud		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Cina		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Stati Uniti		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Canada		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Singapore		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Thailandia		
MISSIONE IMPRENDITORIALE Malesia		

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO

DA N.2..... FOGLI

Il Dirigente di Sezione

.....



ALLEGATO 2

Fac-simile MODELLO PRESENTAZIONE DOMANDE

REGIONE PUGLIA
DIPARTIMENTO AGRICOLTURA,
SVILUPPO RURALE ED AMBIENTALE
SEZIONE COORDINAMENTO SERVIZI TERRITORIALI
LUNG.RE NAZARIO SAURO, 45/47
70121 BARI

PEC: promozione.agroalimentare.regione@pec.rupar.puglia.it

Il/ La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
della _____ con sede in _____ CAP _____ via _____
tel. _____ E-MAIL _____ C.F. o
P.I. _____

avendo preso visione della D.G.R. _____ del ____/____/2018 (B.U.R.P. n. ____ del ____/2018) Approvazione
programma di promozione dei prodotti agroalimentari pugliesi di qualità ed Educazione Alimentare - Annualità 2019-
2020, punto PRESENTAZIONE DOMANDE, nel rispetto dei termini di presentazione delle istanze,

CHIEDE

di essere ammesso ad usufruire dei contributi previsti dalla citata normativa e a tal fine dichiara che il progetto
proposto rientra nella TIPOLOGIA DI ATTIVITA' lettera C), della D.G.R. _____/2018:

Il progetto denominato _____ del costo complessivo
di € _____ (spesa massima ammissibile € 75.000,00) sarà realizzato in data _____

A tal fine chiede la concessione di un contributo pari ad € _____ (entro il 30% della spesa
ammessa per privati, entro il 50% della spesa ammessa per soggetti pubblici).

A tal fine allega:

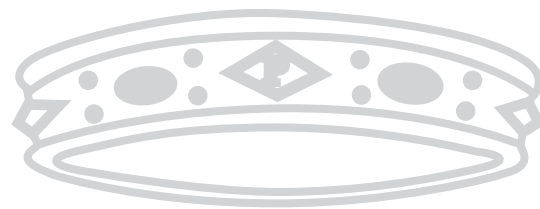
1. Progetto Completo
2. Preventivo Analitico delle Spese Previste, ivi comprese la previsione di eventuali entrate, obbligatorio per
entrambe le tipologie di richiesta;

firma leggibile dal legale rappresentante della ditta/Ass.ne o dell'Ente richiedente

(nome cognome)

- N.B.: Pena l'irricevibilità, le domande, devono essere presentate entro e non oltre il termine indicato nella
DGR indicata, farà fede il timbro postale o il timbro di arrivo al protocollo della struttura regionale se
recapitato a mano





BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 080 540 6372 / 6316 / 6317 - Fax 080 540 6379

Sito internet: <http://www.regione.puglia.it/bollettino-ufficiale>

e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott. Francesco Monaco**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974

Edipress dei f.lli Caraglia & C. s.a.s. - 83031 Ariano Irpino (AV)