REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA

ANNO LIII | BARI, 27 DICEMBRE 2022 | **n. 139**

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 21 novembre 2022, n. 1609
D.D.L. 123/2022 di Riconoscimento di legittimità del debito fuori bilancio, ai sensi dell'art. 73 comma 1 lett. a) del d.lgs. 23 giugno 2011 n. 118 e ss.mm.ii., derivante dalla sentenza n° 128/2022 del 20.01.2022 del Tribunale di Trani Sezione Civile. Prelievo dal capitolo n. 1110090 (Fondo per le partite potenziali). 79457

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1610
T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Porto Cesareo (LE) Loc. Colarizzo, Fg. 12 p.lla 1935, in favore di Omissis 79467

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1611
T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate, Fg. 41 p.lla 680, in favore di Omissis 79471

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1612
T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate, Fg. 42 p.lla 2556, in favore di Omissis..... 79475

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1613
Interventi per il controllo delle specie esotiche invasive in applicazione del Decreto Legislativo n. 230 del 15 dicembre 2017. Approvazione del protocollo di co-gestione delle aree per detenzione esemplari Trachemys presso il Centro autorizzato sito in Calimera (LE). 79479

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1614
Programma di Cooperazione Europea INTERREG V-A ITALIA-CROAZIA 2014-2020. PROGETTO "ARGOS- SHARED GOVERNANCE OF SUSTAINABLE FISHERIES AND AQUACULTURE ACTIVITIES". CUP D78H20000250003. Variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024 ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.. 79487

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1616
Approvazione schema Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Comune di Bari - ex Caserma Rossani di Bari. 79496

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1617
Art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157. Approvazione programma regionale di ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici. 79510

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1619
Approvazione schema Protocollo d'intesa tra REGIONE PUGLIA, PROVINCIA DI BRINDISI E COMUNE DI BRINDISI per l'avvio di un percorso partecipato finalizzato alla creazione di un nuovo modello pugliese pilota di governance partecipata, circolare e sostenibile. 79524

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1620
Programma di Cooperazione Europea INTERREG V-A Grecia - Italia 2014/2020. Progetto "TheRout_Net", approvato con DGR n. 1469 del 02/08/2019. Variazione di bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022 - 2024 ai sensi dell'art. 51 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.. 79541

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1621
Autorizzazione a sanatoria della missione all'estero – Brussels, 10-18 ottobre 2022 per la partecipazione al "EIP on AHA Reference Sites Award Ceremony 10/10/2022" dell'Assessora Rosa Barone. 79550

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1622
Del. G.R. n. 352 del 26.02.2019. Applicazione dell'Avanzo di Amministrazione ai sensi dell'art. 42 comma 8 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. e variazione al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. 79554

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1623
Accordo quadro Regione Puglia e FAI - Fondo per l'Ambiente Italiano ETS. - Approvazione schema di Accordo. 79561

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1624
Patto per la Puglia. Intervento "Puglia sicura e legale". Variazione al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. 79570

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1818
Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n.1896 del 22.11.2021.... 79578

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1857
DM 315/21-Piano Nazionale Complementare al PNRR - Modifiche al Programma acquisti di servizi e forniture 2022/2023, approvato DGR n. 403/2022. Variazione, ex art. 51 c.2 D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024. 79594

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1866
Approvazione "Piano d'azione per contrastare la diffusione di Xylella fastidiosa (Well et al.) in Puglia" biennio 2023-2024. 79608

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 dicembre 2022, n. 1868
Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022". 79645

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1609

D.D.L. 123/2022 di Riconoscimento di legittimità del debito fuori bilancio, ai sensi dell'art. 73 comma 1 lett. a) del d.lgs. 23 giugno 2011 n. 118 e ss.mm.ii., derivante dalla sentenza n° 128/2022 del 20.01.2022 del Tribunale di Trani Sezione Civile. Prelievo dal capitolo n. 1110090 (Fondo per le partite potenziali).

L'Assessore al Bilancio, AA. GG., Contenzioso Amministrativo, Bilancio e Ragioneria, Finanze, Demanio e Patrimonio, Provveditorato ed Economato, Sport per tutti, Politiche giovanili e cittadinanza sociale, avv. Raffaele Piemontese, sulla base dell'istruttoria espletata dalla P.O. Contenzioso Amministrativo, confermata dalla dirigente del Servizio Amministrazione del Patrimonio nonché dalla Dirigente della Sezione Demanio e Patrimonio, riferisce quanto segue:

PREMESSO CHE

La Campo Verde Fatima S.C. a r.l., in persona del proprio rappresentante legale, con atto di citazione, notificato il 10.10.17, conveniva in giudizio dinanzi il Tribunale di Trani (RG 5998/2017) la Regione Puglia al fine di sentirla condannare al pagamento in suo favore della somma di € 51.900,00, oltre spese di competenza del giudizio, a titolo di risarcimento danni.

Nell'atto di citazione l'attrice affermava di aver subito ingenti danni al proprio vigneto a causa di un incendio divampato da un fondo di proprietà regionale, sito in Minervino Murge identificato al fg. 25 p.lla 379, che assumeva essere in stato di abbandono; aggiungeva che la propagazione dell'incendio, facilitata dal forte vento, aveva reso necessario l'intervento della Protezione Civile di competenza (come da verbale); infine, a seguito di previo ricorso per A.T.P., il C.T.U. aveva confermato che l'incendio si era propagato dalla proprietà regionale sino a raggiungere tutta la periferia del fondo appartenente alla medesima attrice, provocando un danno quantificato in € 53.475,00.

La Regione Puglia, costituitasi nel giudizio eccepiva in via preliminare il proprio difetto di legittimazione passiva e sosteneva la responsabilità del Consorzio di Bonifica Terre d'Apulia. Infatti precisava che il terreno regionale che si allungava parallelo al fiume Locone rappresentava una vera e propria fascia di rispetto la cui manutenzione ricadeva nei compiti di competenza del Consorzio. Chiedeva, pertanto, il rigetto della domanda e, solo in subordine, di accertare e dichiarare la ricorrenza del concorso di responsabilità con il ridetto Consorzio.

Quest'ultimo, tuttavia, non veniva chiamato in causa nel corso del giudizio e, comunque, il giudice riteneva non provato il rapporto giuridico fra il Consorzio e l'Ente regionale, né individuato in virtù di quale rapporto giuridico il primo fosse tenuto a manutere i terreni in questione, ivi compreso il taglio delle piante selvatiche, essendo i compiti dei consorzi circoscritti a interventi pubblici ed attività privata nei settori della difesa idraulica, dell'irrigazione e della tutela dell'ambiente.

Acquisito il fascicolo dell'Accertamento Tecnico Preventivo e sentiti i testi, il Tribunale di Trani Sezione Civile, con sentenza n. 128 depositata il 20.01.2022, riteneva fondata la domanda attorea e condannava la Regione Puglia al pagamento in favore dell'attrice della somma di € 51.900,00, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria sino al soddisfo; nonché condannava l'Ente alla rifusione delle spese di lite liquidate in complessivi € 7.545,00 di cui € 545,00 per esborsi e € 7.000,00 per compensi professionali, oltre il 15% per spese generali, C.A.P. e I.V.A., come per legge. Infine, condannava definitivamente la Regione Puglia al pagamento delle spese di CTU.

Il legale della società attrice, notificava la sentenza in forma esecutiva e faceva seguire pec del 07.06.2022 con il riepilogo degli importi liquidati in sentenza, comprensivi dei calcoli aggiornati in termini di interessi, rivalutazione nonché di spese di lite e di CTU, già anticipate dalla prima.

Conseguentemente, dovendo procedere necessariamente al pagamento di quanto statuito in sentenza, il Servizio instaurava l'iter per il riconoscimento della legittimità del debito fuori bilancio derivante dalla sentenza, ai sensi dell'art. 73 c.1 lett. a) del d.lgs. 118/2011, per i seguenti importi:
- € 51.900,00= per risarcimento danni mediante variazione in diminuzione, in termini di competenza e cassa, della Missione 20 programma 3 titolo 1 del cap. 1110090 "Fondo per la definizione delle partite potenziali" e contestuale variazione in aumento della Missione 1, Progr. 5, capitolo 3689 *"Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale* - spese per risarcimento danni";

-€ 703,93 = per interessi legali alla Missione 1 Programma 11 Titolo 1 sul capitolo 1315 "Oneri per ritardati pagamenti. Quota interessi";

-€ 2.094,13 = per rivalutazione monetaria alla Missione 1 Programma 11 Titolo 1 sul cap. 1316 "Oneri per ritardati pagamenti. Quota rivalutazione monetaria";

-€ 11.821,15= per spese legali alla Missione 1 Programma 11 Titolo 1 cap. 1317 "Oneri per ritardati pagamenti. Spese procedimentali e legali".

Vista la presentazione del conseguente schema di disegno di legge n. 12/2022 per il riconoscimento di legittimità del debito fuori bilancio come sopra descritto.

Visto l'arrivo presso il Consiglio regionale in data 11.08.2022 del corrispondente Disegno di Legge n. 123/2022.

Tenuto conto che, con il suddetto disegno di legge veniva richiesta l'autorizzazione alla variazione di bilancio necessaria a rendere capiente il capitolo di spesa di competenza.

Precisato che, ogni variazione di Bilancio necessita di approvazione a mezzo di apposita legge regionale.

Considerato che, invece, l'iter di riconoscimento di legittimità del debito fuori bilancio si è concluso in data 11.09.22 per mera decadenza dei termini, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 4 dell'art. 73 c.1 del d. lgs. 118/11.

Tanto premesso occorre, limitatamente alla somma di € 51.900,00= a titolo di risarcimento danni, procedere, a mezzo di apposita delibera di Giunta regionale, all'approvazione della richiesta variazione contabile finalizzata al prelievo dal capitolo n. 1110090 (Fondo per le partite potenziali – Missione 20, Programma 3, Titolo 01 -PDCF 1.10.01.99 -C.R.A. 10.04) e alla successiva imputazione alla Missione 1, Progr. 5, Titolo 01, capitolo 3689 *"Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale* - spese per risarcimento danni" C.R.A. 10.06 - P.D.C. 1.10.05.02.

Visti

Visto il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 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";

Vista la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2022";

Vista la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";

Vista_la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";

Visto l'art. 51, comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., il quale prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del documento tecnico di accompagnamento;

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii. ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D.lgs 118/2011 e s.m.i come di seguito indicato:

BILANCIO AUTONOMO

VARIAZIONE DI BILANCIO

CRA	CAPITOLO	Missione Programma Titolo	P.D.C.F.	VARIAZIONE E. F. 2022 Competenza	VARIAZIONE E. F. 2022 Cassa
10.04	U1110090 (Fondo per le partite potenziali -PDCF 1.10.01.99-C.R.A. 10.04)	20.3.01	1.10.01.99	- € 51.900,00=	- € 51.900,00=
10.06	U 3689 ("Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale - spese per risarcimento danni" C.R.A. 10.06 - P.D.C. 1.10.05.02).	1.5.01	1.10.05.02	+ € 51.900,00=	+ €51.900,00=

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.

La spesa di cui al presente provvedimento pari a complessivi € 51.900,00=corrisponde ad OGV che sarà perfezionata mediante impegno da assumersi con successivi atti del competente Dirigente della Sezione Demanio e Patrimonio a valere sul capitolo di spesa 3689 *"Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale* - spese per risarcimento danni" Missione 1, Progr. 5, Tit. 1 - C.R.A. 10.06 - P.D.C. 1.10.05.02

L'Assessore al Bilancio, avv. Raffaele Piemontese, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, vertendosi in materia rientrante nella competenza dell'Organo Politico, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. *K*) della L. R. n. 7/97, propone alla Giunta Regionale:

1. di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato, per costituirne parte integrante ed essenziale;

2. di apportare la variazione in termini di competenza e cassa al Bilancio regionale 2022 e pluriennale 2022-2024 approvato con Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2022".

3. di prendere atto che la copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs n. 118/2011;

4. di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio;

5. 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;

6. di reiscrivere detta somma di € 51.900,00 (eurocinquantunomilanovecento/00*)* sul capitolo 3689 "Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale - spese per risarcimento danni" C.R.A. 10.06 - P.D.C. 1.10.05.02;

7. di stabilire che con successivo Atto Dirigenziale, da predisporre a cura della Sezione Demanio e Patrimonio, si procederà all'impegno e liquidazione delle somme in esame come già riconosciute legittime per decadenza dei termini a seguito della presentazione del Disegno di Legge n. 123/2022;

8. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01 e sul sito internet www.regione.puglia.it;

9.di notificare il presente provvedimento all'Avvocatura regionale e, segnatamente, all'avv. Domenico Castellaneta (ct.avvocatura@pec.rupar.puglia.it) per opportuna conoscenza;

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in versione integrale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La responsabile P.O. Contenzioso Amministrativo "Servizio Amministrazione del Patrimonio Sezione Demanio e Patrimonio" (Anna D'Eri)

La Dirigente della "Servizio Amministrazione del Patrimonio" (Anna Antonia De Domizio)

La Dirigente della "Sezione Demanio e Patrimonio" (Costanza Moreo)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

IL DIRETTORE di Dipartimento "Bilancio, Affari Generali e Infrastrutture" (Angelosante Albanese)

L'ASSESSORE "Bilancio, Programmazione, Ragioneria, Finanze, Affari Generali, Infrastrutture, Demanio e Patrimonio, Difesa del suolo e rischio sismico, Risorse idriche e Tutela delle acque, Sport per tutti." (Raffaele Piemontese)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato, per costituirne parte integrante ed essenziale;

2. di apportare la variazione in termini di competenza e cassa al Bilancio regionale 2022 e pluriennale 2022-2024 approvato con Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2022".

3. di prendere atto che la copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs n. 118/2011;

4. di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio;

5. 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;

6. di reiscrivere detta somma di € 51.900,00 (eurocinquantunomilanovecento/00*)* sul capitolo 3689 "Spese per l'amministrazione del Demanio e del Patrimonio Regionale - spese per risarcimento danni" C.R.A. 10.06 - P.D.C. 1.10.05.02;

7. di stabilire che con successivo Atto Dirigenziale, da predisporre a cura della Sezione Demanio e Patrimonio, si procederà all'impegno e liquidazione delle somme in esame come già riconosciute legittime per decadenza dei termini a seguito della presentazione del Disegno di Legge n. 123/2022;

8. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01 e sul sito internet www.regione.puglia.it;

9.di notificare il presente provvedimento all'Avvocatura regionale e, segnatamente, all'avv. Domenico Castellaneta (ct.avvocatura@pec.rupar.puglia.it) per opportuna conoscenza;

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in versione integrale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente

normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Segretario generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

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 2022 (*)	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022 (*)
Disavanzo d'amministrazione				**0,00**			**0,00**
MISSIONE	1	**SERVIZI ISTITUZIONALI, GENERALI E DI GESTIONE**					
Programma	5	GESTIONE DEI BENI DEMANIALI E PATRIMONIALI					
Titolo	1	spesa corrente	residui presunti				
			previsione di competenza		51.900,00		
			previsione di cassa		51.900,00		
Totale Programma	**5**	**GESTIONE DEI BENI DEMANIALI E PATRIMONIALI**	**residui presunti**				
			previsione di competenza		51.900,00		
			previsione di cassa		51.900,00		
TOTALE MISSIONE	**1**	**SERVIZI ISTITUZIONALI, GENERALI E DI GESTIONE**	**residui presunti**				
			previsione di competenza		51.900,00		
			previsione di cassa		51.900,00		
MISSIONE	**20**	**FONDI E ACCANTONAMENTI**					
Programma	3	Altri Fondi					
Titolo	1	Spese correnti	residui presunti				
			previsione di competenza			51.900,00	
			previsione di cassa			51.900,00	
Totale Programma	**3**	Altri Fondi	**residui presunti**				
			previsione di competenza			51.900,00	
			previsione di cassa			51.900,00	

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. ……..

TOTALE MISSIONE	**20**	**FONDI E ACCANTONAMENTI**	**residui presunti**			
			previsione di competenza		51.900,00	
			previsione di cassa		51.900,00	
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			**residui presunti**			
			previsione di competenza	51.900,00	51.900,00	
			previsione di cassa	51.900,00	51.900,00	
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			**residui presunti**			
			previsione di competenza	51.900,00	51.900,00	
			previsione di cassa	51.900,00	51.900,00	

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. …. - ESERCIZIO 2022 (*)	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2022 (*)
				in aumento	in diminuzione	
Fondo pluriennale vincolato per spese correnti						
Fondo pluriennale vincolato per spese in conto capitale						
Utilizzo Avanzo d'amministrazione						
TITOLO						
Tipologia		residui presunti				
		previsione di competenza				
		previsione di cassa				
TOTALE TITOLO		**residui presunti**				
		previsione di competenza				
		previsione di cassa				
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA		**residui presunti**				
		previsione di competenza				

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. ……..

		previsione di cassa
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE		residui presunti
		previsione di competenza
		previsione di cassa

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

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

Firmato digitalmente da:
COSTANZA MOREO
Regione Puglia
Firmato il: 09-11-2022 09:40:07
Seriale certificato: 680329
Valido dal 20-05-2020 al 20-05-2023

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
DEM	DEL	2022	121	14.11.2022

D.D.L. 123/2022 DI RICONOSCIMENTO DI LEGITTIMITÀ DEL DEBITO FUORI BILANCIO, AI SENSI DELL'ART. 73 COMMA 1 LETT. A) DEL D.LGS. 23 GIUGNO 2011 N. 118 E SS.MM.II., DERIVANTE DALLA SENTENZA N° 128/2022 DEL 20.01.2022 DEL TRIBUNALE DI TRANI SEZIONE CIVILE. PRELIEVO DAL CAPITOLO N. 1110090 (FONDO PER LE PARTITE POTENZIALI).

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 14-11-2022 10:57:25
Seriale certificato: 845075
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Dirigente

DR. NICOLA PALADINO

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
SerialNumber =
TINIT-
C = IT

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1610

T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Porto Cesareo (LE) Loc. Colarizzo, Fg. 12 p.lla 1935, in favore di Omissis

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell' istruttoria espletate dal Responsabile P.O. "Raccordo delle Strutture Prov.li", e confermata dal Dirigente ad *interim* del Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, nonché dalla Dirigente della Sezione Demanio e Patrimonio riferisce quanto segue:

PREMESSO CHE:

- Con Legge Regionale 5 febbraio 2013, n. 4 e ss.mm.ii. "T.U. delle disposizioni legislative in materia di Demanio Armentizio, beni della soppressa Opera Nazionale Combattenti e beni della soppressa Riforma Fondiaria" sono state emanate le disposizioni per la gestione dei beni della soppressa Riforma Fondiaria.
- L'art. 22 ter, comma 1, lett. b) della predetta legge dispone che i beni della ex Riforma Fondiaria possono essere alienati agli attuali conduttori.

CONSIDERATO CHE:

- La sig.ra *Omissis*, con istanza prot. n. 19681 del giorno 01/10/2019 ha fatto richiesta di acquisto dell'area di sedime sita in Porto Cesareo (LE) Loc. Colarizzo snc, Fg. 12 p.lla 1935;
- L'area edificata in oggetto proviene dal frazionamento della particella n. 58, foglio 12, di Ha. 1.50.25, facente parte dell'ex quota n.1221, sita in località Colarizzo, in agro di Nardò (oggi Porto Cesareo), pervenuta all'Ente con decreto di esproprio n. 1643 del 18/12/1951, pubblicato sulla G.U. n. 29 del 04/12/1952, in danno della ditta *Omissis*, e assegnata con atto per Notar *Omissis* del 16/10/1961, al sig. *Omissis*, e allo stesso revocata tramite atto di Abrogazione Concessione n. 37714/7044 del 05/11/1980;

ATTESO CHE:

- Con verbale di sopralluogo del giorno 15/11/2019, il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria ha accertato che *Omissis* è nel possesso dell'area edificata su menzionata dall'anno 1980, come si evince dalla domanda di Concessione Edilizia in Sanatoria prot. n. 6445 del 28/03/1986;
- L'unità immobiliare in oggetto attualmente è riportata nell'agro di Porto Cesareo (LE) con i seguenti identificativi catastali:

Catasto terreni

Foglio	P.lla	Sub	Qualità	Superficie	Redd. Dom.	Redd. Agr.
12	1935		Ente Urbano	479 mq		

CONSIDERATO CHE:

- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con relazione del 02/12/2019 ha quantificato il "prezzo di stima" dell'unità immobiliare oggetto di alienazione, ai sensi dell'art. 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., complessivamente in € 2.719,22 (Euro duemilasettecentodiciannove/22);
- Il Collegio di Verifica, con verbale del 11/12/2019 ha ritenuto congruo e conforme al dettato normativo detto prezzo, così come quantificato;
- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con nota prot. n. 1756 del 27/01/2020 lo ha comunicato a *Omissis* che lo ha accettato e versato l'intero importo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecentodiciannove/22) a mezzo bonifico bancario del 05/02/2020.

RITENUTO, quindi, alla luce delle risultanze istruttorie, di dover proporre alla Giunta Regionale di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area di sedime sita in Agro di Porto Cesareo (LE) Località Colarizzo, Fg. 12 p.lla 1935 in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecentodiciannove/22), conferendo formale incarico al Dirigente ad Interim del Servizio o a un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato, affinché si costituiscano in nome e per conto della Regione Puglia nella sottoscrizione del predetto atto.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/03

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs 196/03 e ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabili. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA di cui al D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico- finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4 lett. K) della Legge regionale 7/97 propone alla Giunta:

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Porto Cesareo (LE) Località Colarizzo, Fg. 12 p.lla 1935 terreno di mq 479 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.
3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecentodiciannove/22).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecento-diciannove/22), mediante bonifico bancario del 05/02/2020.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente

normativa regionale, nazionale ed europea e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile P.O.
"Raccordo delle Strutture Prov.li"
(Sergio Rotondo)

Il Dirigente ad *interim* del Servizio
(Francesco Capurso)

La Dirigente della Sezione
Demanio e Patrimonio
(Costanza Moreo)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021

Il Direttore di Dipartimento Bilancio,
Affari Generali e Infrastrutture
(Angelosante Albanese)

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare,
Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e
pesca, Foreste
(Donato Pentassuglia)

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Porto Cesareo (LE) Località Colarizzo, Fg. 12 p.lla 1935 terreno di mq 479 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.
3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecentodiciannove/22).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 2.719,22 (Euro duemilasettecento-diciannove/22), mediante bonifico bancario del 05/02/2020.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1611

T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate, Fg. 41 p.lla 680, in favore di Omissis

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell' istruttoria espletate dal Responsabile P.O. "Raccordo delle Strutture Prov.li", e confermata dal Dirigente ad *interim* del Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, nonché dalla Dirigente della Sezione Demanio e Patrimonio riferisce quanto segue:

PREMESSO CHE:

- Con Legge Regionale 5 febbraio 2013, n. 4 e ss.mm.ii. "T.U. delle disposizioni legislative in materia di Demanio Armentizio, beni della soppressa Opera Nazionale Combattenti e beni della soppressa Riforma Fondiaria" sono state emanate le disposizioni per la gestione dei beni della soppressa Riforma Fondiaria.
- L'art. 22 ter, comma 1, lett. b) della predetta legge dispone che i beni della ex Riforma Fondiaria possono essere alienati agli attuali conduttori.

CONSIDERATO CHE:

- Il sig. *Omissis*, con istanza prot. n. 18483 del 13/09/2019 ha fatto richiesta di acquisto dell'area di sedime sita in Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate snc, Fg.41 p.lla 680;
- l'area edificata in oggetto proviene dal frazionamento della particella n. 4 Foglio 11, di Ha. 00.06.80, facente parte dell'ex quota n. 2, sita in località Provenzani, in agro di Lecce (oggi Trepuzzi), pervenuta all'Ente con decreto di esproprio n. 929 del 25/06/1952, pubblicato sulla G.U. n. 173 del 28/07/1952, in danno della ditta *Omissis*, e assegnata con atto per Notar *Omissis* del 03/10/1966, al sig. *Omissis*, e allo stesso revocata con atto di Revoca assegnazione n. 31441/6173 del 08/09/1983;

ATTESO CHE:

- Con verbale di sopralluogo del giorno 15/10/2021, il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria ha accertato che *Omissis* è nel possesso dell'area edificata su menzionata dall'anno 1986, come si evince dalla domanda di Concessione Edilizia in Sanatoria prot. n. 16670 del 01/04/1986;
- L'unità immobiliare in oggetto attualmente è riportata nell'agro di Trepuzzi (LE) con i seguenti identificativi catastali:

Catasto terreni

Foglio	P.lla	Sub	Qualità	Superficie	Redd. Dom.	Redd. Agr.
	41	680	Ente Urbano	81 mq		

Catasto Fabbricati

Foglio	P.lla	Sub	Categoria	Consistenza	Classe	Superficie	Rendita
	41	680	A/4	4 vani	2	54 mq	206,58

CONSIDERATO CHE:

- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con relazione del 21/10/2021 ha quantificato il "prezzo di stima" dell'unità immobiliare oggetto di alienazione, ai sensi dell'art. 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., complessivamente in € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34);
- Il Collegio di Verifica, con verbale n. 01 del 26/01/2022 ha ritenuto congruo e conforme al dettato normativo detto prezzo, così come quantificato;

- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con nota prot. n. 9561 del 05/07/2022 lo ha comunicato a *Omissis* che lo ha accettato e versato l'intero importo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34) a mezzo bonifico bancario assunto al protocollo del Servizio al n. 12903 del 30/09/2022.

RITENUTO, quindi, alla luce delle risultanze istruttorie, di dover proporre alla Giunta Regionale di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 41 p.lla 680 in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34), conferendo formale incarico al Dirigente ad Interim del Servizio o a un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato, affinché si costituiscano in nome e per conto della Regione Puglia nella sottoscrizione del predetto atto.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/03
Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs 196/03 e ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabili. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA di cui al D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico- finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4 lett. K) della Legge regionale 7/97 propone alla Giunta:

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 41 p.lla 680 terreno di mq 81 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.
3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34), tramite bonifico bancario assunto al protocollo del Servizio al n. 12903 del 30/09/2022.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale ed europea e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile P.O.
"Raccordo delle Strutture Prov.li"
(Sergio Rotondo)

Il Dirigente ad *interim* del Servizio
(Francesco Capurso)

La Dirigente della Sezione
Demanio e Patrimonio
(Costanza Moreo)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021

Il Direttore di Dipartimento Bilancio,
Affari Generali e Infrastrutture
(Angelosante Albanese)

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare,
Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e
pesca, Foreste
(Donato Pentassuglia)

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 41 p.lla 680 terreno di mq 81 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.

3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 3.093,34 (Euro tremilanovantatre/34), tramite bonifico bancario assunto al protocollo del Servizio al n. 12903 del 30/09/2022.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1612

T.U. Legge Regionale n. 4 del 5 Febbraio 2013 e ss.mm.ii., artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett. c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6 - Autorizzazione alla vendita di area di sedime in Agro di Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate, Fg. 42 p.lla 2556, in favore di Omissis

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell' istruttoria espletate dal Responsabile P.O. "Raccordo delle Strutture Prov.li", e confermata dal Dirigente ad *interim* del Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, nonché dalla Dirigente della Sezione Demanio e Patrimonio riferisce quanto segue:

PREMESSO CHE:

- Con Legge Regionale 5 febbraio 2013, n. 4 e ss.mm.ii. "T.U. delle disposizioni legislative in materia di Demanio Armentizio, beni della soppressa Opera Nazionale Combattenti e beni della soppressa Riforma Fondiaria" sono state emanate le disposizioni per la gestione dei beni della soppressa Riforma Fondiaria.
- L'art. 22 ter, comma 1, lett. b) della predetta legge dispone che i beni della ex Riforma Fondiaria possono essere alienati agli attuali conduttori.

CONSIDERATO CHE:

- Il sig. *Omissis*, con istanza prot. n. 12300 del 08/0/2021 ha fatto richiesta di acquisto dell'area di sedime sita in Trepuzzi (LE) Loc. Casalabate snc, Fg. 42 p.lla 2556;
- l'area edificata in oggetto proviene dal frazionamento della particella n. 3 Foglio 11, di Ha. 00.08.90, facente parte dell'ex quota n. 6, sita in località Provenzani, in agro di Lecce (oggi Trepuzzi), pervenuta all'Ente con Decreto di Esproprio n. 929 del 25/06/1952, pubblicato sulla G.U. n. 173 del 28/07/1952, in danno della ditta *Omissis*, e assegnata con atto per Notar *Omissis* del 03/10/1966, al sig. *Omissis*, e allo stesso revocata con atto di Revoca assegnazione n. 52591/4900 del 18/07/1984;

ATTESO CHE:

- Con verbale di sopralluogo del giorno 15/10/2021, il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria ha accertato che *Omissis* è nel possesso dell'area edificata su menzionata dall'anno 1986, come si evince dal Testamento Pubblico Rep. n. 992 del 12/10/2005;
- L'unità immobiliare in oggetto attualmente è riportata nell'agro di Trepuzzi (LE) con i seguenti identificativi catastali:

Catasto terreni

Foglio	P.lla	Sub	Qualità	Superficie	Redd. Dom.	Redd. Agr.
	42	2556	Ente Urbano	150 mq		

Catasto Fabbricati

Foglio	P.lla	Sub	Categoria	Consistenza	Classe	Superficie	Rendita
	42	2556	A/4	4 vani	3	82 mq	€ 278,89

CONSIDERATO CHE:

- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con relazione del 21/10/2021 ha quantificato il "prezzo di stima" dell'unità immobiliare oggetto di alienazione, ai sensi dell'art. 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., complessivamente in € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12);
- Il Collegio di Verifica, con verbale n. 02 del 01/06/2022 ha ritenuto congruo e conforme al dettato normativo detto prezzo, così come quantificato;

- il Servizio Amministrazione Beni del Demanio Armentizio, ONC e Riforma Fondiaria, con nota prot. n. 12220 del 14/09/2022 lo ha comunicato a *Omissis* che lo ha accettato e versato l'intero importo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12) tramite bollettino PagoPA assunto al protocollo del Servizio al n. 13834 del 21/10/2022.

RITENUTO, quindi, alla luce delle risultanze istruttorie, di dover proporre alla Giunta Regionale di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 42 p.lla 2556 in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12), conferendo formale incarico al Dirigente ad Interim del Servizio o a un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato, affinché si costituiscano in nome e per conto della Regione Puglia nella sottoscrizione del predetto atto.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/03
Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs 196/03 e ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabili. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA di cui al D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico- finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4 lett. K) della Legge regionale 7/97 propone alla Giunta:

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 42 p.lla 2556 terreno di mq 150 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.
3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12), tramite bollettino PagoPA assunto al protocollo del Servizio al n. 13834 del 21/10/2022.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale ed europea e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile P.O.
"Raccordo delle Strutture Prov.li"
(Sergio Rotondo)

Il Dirigente ad *interim* del Servizio
(Francesco Capurso)

La Dirigente della Sezione
Demanio e Patrimonio
(Costanza Moreo)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021

Il Direttore di Dipartimento Bilancio,
Affari Generali e Infrastrutture
(Angelosante Albanese)

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare,
Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e
pesca, Foreste
(Donato Pentassuglia)

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma Fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Dott. Donato Pentassuglia;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1. di approvare la relazione esposta dall'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata.
2. di dichiarare l'area di sedime sita in Agro di Trepuzzi (LE) Località Casalabate, Fg. 42 p.lla 2556 terreno di mq 150 non fruibile per esigenze proprie e di pubblico interesse, ai sensi dell'art. 24 della Legge Regionale 26 aprile 1995 n. 27.
3. di autorizzare, ai sensi degli artt. 22 ter, comma 1 lett. b), 22 quinquies, comma 1 lett.c) e comma 4, 22 nonies, comma 1, lett. a) e comma 6, della L.R. n. 4/13 e ss.mm.ii., l'alienazione dell'area sopra meglio identificata in favore di *Omissis*, al prezzo complessivo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12).
4. di prendere atto che *Omissis* ha corrisposto l'intero importo di € 4.141,12 (Euro quattromilacentoquarantuno/12), tramite bollettino PagoPA assunto al protocollo del Servizio al n. 13834 del 21/10/2022.
5. di autorizzare il Dirigente ad Interim del Servizio o un funzionario del Servizio stesso appositamente incaricato alla sottoscrizione dell'atto di compravendita a stipularsi e alla rettifica di eventuali errori materiali.
6. di stabilire che la vendita del cespite avvenga con spese notarili, di registrazione e di quant'altro necessario per la conclusione dell'atto a totale carico dell'acquirente, ai sensi dell'art. 22 nonies, comma 6 della L.R. n. 4/2013, manlevando l'Amministrazione Regionale da qualsivoglia onere o incombenza da essi derivanti.
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale con esclusione dell'Allegato A scheda dati privacy costituente parte integrante della deliberazione ma sottratta alla pubblicazione sul BURP e sul sito istituzionale.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1613

Interventi per il controllo delle specie esotiche invasive in applicazione del Decreto Legislativo n. 230 del 15 dicembre 2017. Approvazione del protocollo di co-gestione delle aree per detenzione esemplari Trachemys presso il Centro autorizzato sito in Calimera (LE).

L'Assessore all'Agricoltura, Risorse agroalimentari, Alimentazione, Riforma Fondiaria, Caccia e Pesca, Foreste, dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dal responsabile dell'Osservatorio Faunistico Regionale, dott. Ottavio Lischio, confermata dalla Dirigente ad interim del Servizio Valorizzazione e Tutela delle Risorse Naturali e Biodiversità, dott.ssa Rosa Fiore e dal Dirigente dalla Sezione Gestione sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, dott. Domenico Campanile, riferisce:

VISTE:

- Le norme di cui al Regolamento (UE) n. 1143/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2014, recante disposizioni volte a prevenire e gestire l'introduzione e la diffusione delle specie esotiche invasive;
- Le disposizioni di cui al Decreto Legislativo 15 dicembre 2017 n. 230, "Adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) n. 1143/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2014, recante disposizioni volte a prevenire e gestire l'introduzione e la diffusione delle specie esotiche invasive";
- La legge 11 febbraio 1992, n. 157, e successive modificazioni, recante norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio, e in particolare l'art. 2 comma 2, nel quale è espressamente richiamata la finalità di gestione tramite eradicazione o comunque controllo delle popolazioni per ciò che concerne tutte le specie alloctone;
- L'art. 14 della L.R. 29 giugno 2018, n. 28 inerente il controllo delle specie alloctone;
- Le linee guida per la corretta detenzione degli compagnia appartenenti a specie esotiche invasive (D.Lgs. 2230/2017, art. 27, comma 4), Appendice per la testuggine palustre americana, *Trachemys Scripta*, pubblicate dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare con il supporto di ISPRA in collaborazione con la SHI (http://www.minambiente.it/sites/default/files/archivio/allegati/biodiversita/Linee_guida_animali_compagnia_specie_esotiche_invasive_appendice_Trachemys_scripta.pdf).

CONSIDERATO CHE:

- Il Regolamento Il regolamento (UE) n. 1143/2014, entrato in vigore il 1°gennaio 2015, stabilisce le norme atte a prevenire, ridurre al minimo e mitigare gli effetti negativi sulla biodiversità causati dall'introduzione e dalla diffusione, sia deliberata che accidentale, di specie esotiche invasive all'interno dell'Unione europea, nonché a ridurre al minimo e mitigare l'impatto che queste specie possono avere per la salute umana e/o l'economia. A tal fine, la Commissione adotta un elenco di specie esotiche invasive dette di rilevanza unionale, a cui si applicano una serie di restrizione e divieti. In particolare, le specie nell'elenco non possono più essere introdotte o fatte transitare nel territorio degli stati membri, detenute, allevate (neanche in confinamento), vendute o immesse sul mercato, utilizzate o cedute a titolo gratuito o scambiate, poste in condizione di riprodursi (anche in confinamento) e rilasciate nell'ambiente.
- Il 14 febbraio 2018 è entrato in vigore il Decreto Legislativo 230 del 15 dicembre 2017 per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) n. 1143/2014.
- Tale decreto individua:
  • il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio (MATTM) quale autorità nazionale competente per i rapporti con la Commissione Europea, il coordinamento delle attività e il rilascio delle autorizzazioni e dei permessi.

• L'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) quale ente tecnico scientifico di supporto al MATTM per lo svolgimento delle attività previste.

• Le Regioni e le Province Autonome, e i Parchi Nazionali, attuatori degli interventi di eradicazione e delle misure di gestione, nonché di ripristino degli ecosistemi danneggiati, oltre alle competenze in materia di monitoraggio.

- Il Decreto Legislativo n. 230 del 15 dicembre 2017, in applicazione del Regolamento (UE) n. 1143/2014, nel complesso, detta un'articolata disciplina mirata al controllo, contenimento ed eradicazione delle specie esotiche invasive, sia animali che vegetali, con particolare riferimento ai controlli, al rilascio delle autorizzazioni alla detenzione in deroga ai divieti, all'istituzione di un sistema di sorveglianza previsto dall'art. 14 del regolamento, alle misure di gestione e al sistema sanzionatorio.
- Secondo il dettato dell'art. 27, comma 5 del Decreto, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano attuano propri programmi di educazione e sensibilizzazione, con particolare riferimento alla possibilità per i proprietari di consegnare a strutture pubbliche o private autorizzate, gli animali che non possono essere detenuti correttamente. A tal fine le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono tempestivamente individuare le strutture idonee e autorizzate alla detenzione degli esemplari che i proprietari vogliano conferire per scongiurarne l'abbandono sul territorio, comportamento, peraltro, sanzionato.
- La specie esotica invasiva di rilevanza unionale che in Puglia risulta essere particolarmente problematica e alla quale è stata dedicata anche buona parte dell'attenzione del Ministero, sintetizzata in linee guida per la corretta detenzione, è la testuggine palustre americana, *Trachemys Scripta.*
- La testuggine in questione è stata per lungo tempo venduta come animale da compagnia e si è diffusa sul territorio in maniera incontrollata, al punto da mettere in serio pericolo molte specie autoctone.
- Con DGR n. 815/2019 è stato istituito il Tavolo di coordinamento regionale per il controllo delle specie esotiche invasive.
- Con DGR n. 1247/2020 è stato individuato il Centro di prima accoglienza fauna sito in Calimera quale centro autorizzato per la detenzione della specie *Trachemys.*
- La Regione Puglia ha interesse a che il centro possa essere operativo, in quanto la sua presenza costituisce adempimento alle norme del D.Lgs. 230/2017.
- La Regione dispone di un capitolo di spesa dedicato a spese di investimento per le opere necessarie a porre in atto le azioni per contrastare la diffusione delle specie esotiche invasive, con uno stanziamento di €. 60.000,00.
- È necessario, quindi, sottoscrivere un protocollo di co-gestione tra la Regione Puglia, Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, e la Città di Calimera, proprietaria delle aree, per fornire supporto economico all'esecuzione delle opere di ampliamento e adeguamento del laghetto per la detenzione delle testuggini americane.

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è:

❏ diretto
❏ indiretto
X neutro

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta la spesa di €. 60.000,00 a carico della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022.
Si dispone la prenotazione di impegno per l'importo citato, secondo le indicazioni seguenti:
Bilancio Autonomo
Spesa non ricorrente
Codice Transazione UE: 8
Missione 16 Programma 2 Titolo 2
C.R.A. 14.03
capitolo di spesa U1602008 "*INTERVENTI PER L'ATTUAZIONE DELLE DISPOSIDIONI DEL D.LGS 230/2017 PER LA GESTIONE DELLE SPECIE ESOTICHE INVASIVE. ART. 27 L.R. N. 67/2018"*
codice piano dei conti finanziario 2.03.01.02.099
Creditore: Città di Calimera (LE)

L'Assessore relatore dott. Donato Pentassuglia, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4 – comma 4, lettera e), della legge regionale n. 7/97 e successive modificazioni propone alla Giunta:

1. Di approvare l'allegato "A", "Schema di *Protocollo tra Regione Puglia e Città di Calimera per la co-gestione delle aree su cui insisterà il laghetto di detenzione degli esemplari di Trachemys presso il centro di recupero fauna selvatica sito in Calimera",* parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. Di demandare al Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali la notifica del presente provvedimento e la successiva sottoscrizione del protocollo nonché per l'adozione dei consequenziali atti di impegno, liquidazione e pagamento della spesa.
3. Di pubblicare il presente atto sul BURP in versione integrale.
4. Di disporre, a cura della Sezione proponente, la pubblicazione del presente atto ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 33/2013.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposta ai fini dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il responsabile di PO "Raccordo"
(dott. ssa Esther Apa)

Il Dirigente ad interim del Servizio Valorizzazione e Tutela delle Risorse Naturali e Biodiversità e Il Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali
(dott. Domenico Campanile)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il Direttore del Dipartimento Agricoltura, Sviluppo Rurale ed Ambientale
(prof. Gianluca Nardone)

L'Assessore proponente
(dott. Donato Pentassuglia)

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Agricoltura, di concerto con l'Assessore alla Panificazione territoriale;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento del Dirigente della Sezione Gestione sostenibile e tutela delle risorse forestali e naturali e del Dirigente della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

D E L I B E R A

1. Di approvare l'allegato "A", "*Schema di Protocollo tra Regione Puglia e Città di Calimera per la co-gestione delle aree su cui insisterà il laghetto di detenzione degli esemplari di Trachemys presso il centro di recupero fauna selvatica sito in Calimera",* parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. Di demandare al Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali la notifica del presente provvedimento e la successiva sottoscrizione del protocollo nonché per l'adozione dei consequenziali atti di impegno, liquidazione e pagamento della spesa.
3. Di pubblicare il presente atto sul BURP in versione integrale.
4. Di disporre, a cura della Sezione proponente, la pubblicazione del presente atto ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 33/2013.

Il Segretario generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

ALLEGATO “A”
Il presente allegato è
composto da n. 3 facciate
Il Dirigente sella Sezione
Dott. Domenico Campanile

REGIONE PUGLIA CITTA’ DI CALIMERA

PROTOCOLLO TRA REGIONE PUGLIA E CITTÀ DI CALIMERA PER LA CO-GESTIONE DELLE AREE SU CUI INSISTERÀ IL LAGHETTO DI DETENZIONE DEGLI ESEMPLARI DI TRACHEMYS PRESSO IL CENTRO DI RECUPERO FAUNA SELVATICA SITO IN CALIMERA (LE).

Tra

La Regione Puglia, Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, rappresentata dal Dirigente pro-tempore dott. Domenico Campanile, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro 45/47

E

La Città di Calimera, rappresentata da ……, dott……., con sede in Calimera, ……,

Premesso che

Il D.Lgs 230/2017 all’art. 26 introduce l’obbligo di denuncia del possesso di individui di specie esotiche invasive incluse nell’elenco europeo o in quello nazionale ed all’art. 27 prevede che i proprietari non commerciali possano continuare a detenere i propri animali da compagnia appartenenti a specie esotiche invasive purché:

- il possesso sia denunciato;
- gli individui siano custoditi in modo che non ne sia possibile la fuga o il rilascio nell’ambiente naturale;
- ne venga impedita la riproduzione.

In alternativa, i proprietari possono affidare gli individui in loro possesso alle strutture pubbliche o private individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell’art. 27, comma 5 del D.Lgs. 230/2017.

In particolare, il problema attualmente riguarda la specie *Trachemys scripta*, tartaruga palustre americana che è stata per anni diffusa come animale da compagnia e che, abbandonata in ambienti naturali, causa ingenti danni alle specie autoctone.

Dovendo, pertanto, procedere all’individuazione di strutture che siano dotate di appositi laghetti per la detenzione delle citate tartarughe, con nota prot. n. 9204 del 16.09.19, è stato chiesto ai referenti dei centri di prima accoglienza fauna selvatica in difficoltà la disponibilità a divenire centri autorizzati ai sensi dell’art. 27 del citato Decreto Legislativo.

Con nota in atti prot. 9541 del 25.09.2019, il CRAS di Calimera ha espresso la disponibilità a divenire centro autorizzato ai sensi della richiamata normativa nazionale.

Con DGR n. 1247 del 04.08.2020 è stato individuato il Centro di prima accoglienza fauna selvatica sito in Calimera quale centro autorizzato per la detenzione della specie esotica invasiva di rilevanza unionale *Trachemysscripta*, ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs. 230/2017.

Il centro è l'unico autorizzato, al momento, e deve aumentare la propria capacità di accoglienza.

Con nota prot. 12466 del 23.11.2020 la Città di Calimera ha inviato gli elaborati grafici di progetto per l'ampliamento e l'adeguamento alle prescrizioni del d.Lgs n. 230/2017, chiedendo sostegno finanziario per l'esecuzione delle opere.

La Regione Puglia ha interesse a che il centro possa essere operativo, in quanto la sua presenza costituisce adempimento alle norme del D.Lgs. 230/2017.

La Regione dispone di un capitolo di spesa dedicato a spese di investimento per le opere necessarie a porre in atto le azioni per contrastare la diffusione delle specie esotiche invasive, con uno stanziamento di €. 60.000,00.

Si conviene quanto segue:

art. 1 – oggetto e finalità

Il presente protocollo istituisce una cogestione, tra Regione Puglia e Città di Calimera, delle aree su cui insiste il laghetto per la detenzione delle testuggini americane (*Trachemys*), specie esotica invasiva di rilevanza unionale. Tale specchio d'acqua, adiacente il Museo di Storia Naturale del Salento e il relativo Centro di Recupero Fauna selvatica in difficoltà, costituisce ad oggi l'unico luogo autorizzato dalla Regione Puglia per il confinamento delle Trachemys, secondo la DGR n. 1247 del 04.08.2020 e ai sensi del D.Lgs. 230/2017.

Art. 2 – modalità di cogestione

La Regione Puglia si avvantaggia della presenza sul proprio territorio della presenza di un centro autorizzato per l'accoglienza della specie esotica invasiva *Trachemys*, ai sensi dell'art. 27 co. 5 del D.Lgs. 230/2017.
La Città di Calimera, per mezzo del Centro di prima accoglienza fauna selvatica in difficoltà, si occuperà di accogliere gli esemplari conferiti e di confinarli secondo le condizioni di detenzione idonee ad impedirne l'ulteriore diffusione, garantendo il rispetto dei principi di benessere animale.

Art. 3 – doveri delle parti

La Regione Puglia si impegna a finanziare i lavori di ampliamento e adeguamento del laghetto esistente nelle aree dedicate, all'uopo utilizzando i fondi stanziati per il controllo delle specie esotiche invasive nel bilancio autonomo regionale, ovvero la somma massima, non superabile, di €. 60.000,00 per l'e.f. 2022.
La Città di Calimera si impegna ad espletare le procedure di affidamento dei lavori nel rispetto della normativa di cui al D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., per le quali si assume l'esclusiva responsabilità non essendo la Regione Puglia committente delle opere.

Art. 4 – erogazione del finanziamento

La Città di Calimera si impegna ad inviare alla Regione Puglia un progetto esecutivo approvato e validato unitamente ad una bozza di capitolato d'appalto, sulla scorta del quale erogherà in via anticipata il finanziamento di cui all'art. 3, secondo quanto sarà definito nel quadro economico di progetto e comunque nel limite massimo di €. 60.000,00.
La Città di Calimera, esperite le necessarie procedure di affidamento dei lavori ai sensi della normativa vigente in materia di contratti pubblici ed espletati gli stessi a regola d'arte, invierà tutta la documentazione di fine lavori e la rendicontazione economica, sulla quale la regione Puglia esperirà la propria attività istruttoria al fine del riconoscimento della spesa.
Qualora ci fossero delle economie, le stesse dovranno essere oggetto di restituzione alla Regione Puglia.

Art. 5 – registrazione in caso d'uso

Il presente accordo sarà registrato solo in caso d'uso ai sensi della Parte Seconda della Tariffa del D.P.R. 26.04.1986 n.131 e le relative spese di registrazione saranno a carico della parte che riterrà di provvedere alla registrazione medesima.

Art. 6 – foro competente

Le parti si impegnano a risolvere ogni controversia nell'ottica della collaborazione tra PP.AA.
In ogni caso, il foro competente è in via esclusiva quello di Bari.

Data _____

Firmato digitalmente

Per la Regione Puglia
Sezione Gestione Sostenibile e
Tutela delle Risorse Forestali e Naturali
Dott. Domenico Campanile

Per la Città di Calimera

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
FOR	DEL	2022	130	15.11.2022

INTERVENTI PER IL CONTROLLO DELLE SPECIE ESOTICHE INVASIVE IN APPLICAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 230 DEL 15 DICEMBRE 2017. APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI CO-GESTIONE DELLE AREE PER DETENZIONE ESEMPLARI TRACHEMYS PRESSO IL CENTRO AUTORIZZATO SITO IN CALIMERA (LE).

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - CARMEN PARTIPILO

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA

Firmato digitalmente da
REGINA STOLFA
C = IT
Data e ora della firma: 16/11/2022 10:38:09

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1614

Programma di Cooperazione Europea INTERREG V-A ITALIA-CROAZIA 2014-2020. PROGETTO "ARGOS-SHARED GOVERNANCE OF SUSTAINABLE FISHERIES AND AQUACULTURE ACTIVITIES". CUP D78H20000250003. Variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024 ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii..

L'Assessore all'Agricoltura, Industria agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario P.O. e dal Dirigente *ad interim* del Servizio Valorizzazione e Tutela Risorse Naturali e Biodiversità, confermata dal Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, riferisce quanto segue.

VISTI:

- la Decisione C(2015) 9342 del 15/12/2015, con cui la Commissione Europea ha adottato il Programma di Cooperazione "Interreg V-A Italia-Croazia 2014-2020", successivamente modificato con Decisione C(2017)3705 del 31 maggio 2017, Decisione C(2018) 1610 del 12 marzo 2018 e Decisione C CE (2020) dell'8 giugno 2020;
- la con nota n. 144451 del 03/04/2020 con cui l'Autorità di Gestione del Programma Italia-Croazia 2014-2020 ha comunicato il superamento della fase di ammissibilità del progetto ARGOS;
- la nota n. 174518 del 30/04/2020 con cui l'Autorità di Gestione del Programma Italia-Croazia 2014-2020 ha comunicato l'ammissione a finanziamento del progetto ARGOS per un importo complessivo pari a € 5.725.155,00, di cui € 432.865,00 di competenza della Regione Puglia – Dipartimento Agricoltura, Sviluppo Rurale ed Ambientale CUP- progetto: D78H20000250003;
- il Subsidy Contract tra l'Autorità di Gestione del Programma e il Lead Partner perfezionato in data 03/09/2020, a conclusione della fase interlocutoria con il Segretariato Congiunto del Programma ed in relazione alle integrazioni richieste;
- la DGR n. 1594 del 17/09/2020 di presa d'atto dell'avvenuta approvazione e ammissione a finanziamento del Progetto "ARGOS - SHARED GOVERNANCE OF SUSTAINABLE FISHERIES AND AQUACULTURE ACTIVITIES" ;
- 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 e ss.mm.ii., il quale prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione;
- la Legge Regionale n. 51/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2022".
- la Legge Regionale n. 52/2021 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia";
- la DGR n. 2/2022 di approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Gestionale Finanziario 2022-2024.

CONSIDERATO CHE:

- il progetto ARGOS è dotato di risorse finanziarie pari ad € 5.725.155,00, di cui € 432.865,00 di competenza della Regione Puglia - Dipartimento Agricoltura, Sviluppo Rurale ed Ambientale, che sono coperte per l'85% dai fondi Comunitari e per il 15% dal cofinanziamento nazionale, che, a mente della Delibera CIPE n. 10/2015, per i partner italiani è coperto dal Fondo di Rotazione – ex L. 183/1987;
- il progetto ARGOS è finalizzato ad istituire un governo comune delle attività di pesca e acquacoltura nel mare Adriatico il cui fine ultimo è la tutela della biodiversità e delle risorse marine; l'obiettivo

generale del progetto è ravvisabile nella promozione di un approccio integrato comune nella protezione delle risorse ittiche e marine e il miglioramento delle condizioni di qualità ambientale del mare Adriatico attraverso azioni multilivello orientate a ridurre sia direttamente che indirettamente la pressione delle attività della pesca e dell'acquacoltura sull'ambiente marino ed è pertanto articolato nei seguenti 5 WP:

- ✓ WP1 Project Management and Coordination;
- ✓ WP2, Project Communication & Dissemination;
- ✓ WP3, Governance Framework;
- ✓ WP4 Knowledge based decision making process ;
- ✓ WP5, Sectorial know-how development and pilot project implementation;

- con DGR n. 1594 del 17/09/2020, la Giunta regionale ha autorizzato le variazioni al Bilancio di Previsione 2020 e pluriennale 2020-2022, al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, mediante l'istituzione di n. 2 (due) C.N.I. di Entrata e di n. 16 (sedici) C.N.I. di Spesa e la contestuale iscrizione della somma di € 432.865,00, nei Capitoli di Nuova Istituzione così come indicati nella sezione copertura finanziaria della prefata DGR;
- con DGR n. 269 del 24/02/2021, la Giunta regionale ha autorizzato una riprogrammazione delle risorse apportando una variazione al Bilancio di Previsione 2021 e pluriennale 2021-2023, al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario Gestionale 2021-2023;
- con atto dirigenziale n. 626/2021 della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali è stato affidato all'Istituto DELTA ECOLOGIA APPLICATA s.r.l., un servizio di consulenza tecnico scientifica per l'elaborazione e messa a punto di un piano di co-gestione della pesca per la gestione condivisa delle attività marine in un sito Natura 2000 e impegnata la somma di € 68.930,00, di cui € 58.590,50 sul capitolo U1159084(Quota U.E. 85%) ed € 10.339,50 sul capitolo U1159584(Quota STATO 15%);
- a seguito del parere positivo di regolarità contabile, sul capitolo U1159584 – con impegno n. 3021077239 risulta impegnata la somma di € 10.339,50, mentre sul capitolo U1159084, con n. impegno 3021076448, non risulta impegnata la precitata somma di € 58.590,50;
- tuttavia le attività di consulenza sono iniziate regolarmente nel 2022 e sono prossime alla chiusura;

RITENUTO:

- necessario allineare gli stanziamenti e l'esegibilità degli adempimenti contabili derivanti dall'atto dirigenziale n. 626/2021 per consentire la liquidazione delle somme spettanti tenuto conto che le attività si sono svolte nel 2022.

SI PROPONE, PERTANTO, ALLA GIUNTA REGIONALE:

- di apportare la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai senti dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., previa riduzione degli adempimenti contabili previsti dall'atto dirigenziale n. 626/2021 della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali necessaria ad allineare la copertura finanziaria all'effettività esigibilità degli interventi previsti, come indicato nella sezione "copertura finanziaria" del presente provvedimento.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente

provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

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

Il presente provvedimento comporta la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai senti dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., previa riduzione degli adempimenti contabili previsti dall'atto dirigenziale n. 626/2021 della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali necessaria ad allineare la copertura finanziaria all'effettività esigibilità degli interventi previsti, come di seguito indicato:

BILANCIO VINCOLATO

CRA: 14.03 - SEZIONE GESTIONE SOSTENIBILE E TUTELA DELLE RISORSE FORESTALI E NATURALI

RIDUZIONE ACCERTAMENTI ED IMPEGNI:
Accertamento n. 6021115548 (AD 036/2021/626) capitolo di entrata E2101026: importo da ridurre 10.339,50
Impegno n. 3021077239 (AD 036/2021/626) capitolo di spesa U1159584: importo da ridurre 10.339,50

VARIAZIONE DI BILANCIO

Parte Entrata
Entrata ricorrente - Codice UE: 1 – Entrate derivanti da trasferimenti destinate al finanziamento dei progetti comunitari provenienti da amministrazioni pubbliche e da altri soggetti

Capitolo di Entrata	Declaratoria	Titolo Tipologia	Codifica piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2022 Competenza e Cassa
E2101025	Programma di Cooperazione Interreg V-A Italia-Croazia 2014-2020 - quota 85% del budget da U.E. per il progetto ARGOS	2.101	E.2.01.01.02.000 Trasferimenti correnti da Amministrazioni Locali	**+ € 58.590,50**

Titolo giuridico: Comunicazione di ammissione a finanziamento del progetto (Ref_Prot_MA_174518 del 30/04/2020); Partnership AGREEMENT (Project ID 10255153) sottoscritto in data 03/09/2020.

Debitori certi: Managing Authority of the Italy-Croatia CBC Programme per il tramite del LEAD PARTNER Regione Friuli Venezia Giulia - è esigibile secondo le regole dei "contributi a rendicontazione"

Capitolo di Entrata	Declaratoria	Titolo Tipologia	Codifica piano dei conti finanziario	Variazione e.f. 2022 Competenza e Cassa
E2101026	Programma di cooperazione interreg v-a italia-croazia 2014-2020- quota fdr 15% del budget da agenzia per la coesione territoriale, per il tramite della regione friuli venezia giulia, per il progetto ARGOS	2.101	E.2.01.01.02.000 Trasferimenti correnti da Amministrazioni Locali	**+ € 10.339,50**

Titolo giuridico: Delibera Cipe 10/2015 avente ad oggetto "Definizione dei criteri di cofinanziamento

pubblico nazionale dei programmi europei per il periodo di programmazione 2014-2020 e relativo monitoraggio. Programmazione degli interventi complementari di cui all'articolo 1, comma 242, della legge n. 147/2013 previsti nell'accordo di partenariato 2014-2020. – Partnership AGREEMENT (Project ID 10255153) sottoscritto in data 03/09/2020.

Debitori certi: LEAD PARTNER (Regione Friuli Venezia Giulia) - è esigibile secondo le regole dei "contributi a rendicontazione" .

Titolo giuridico: Delibera Cipe 10/2015 avente ad oggetto "Definizione dei criteri di cofinanziamento pubblico nazionale dei programmi europei per il periodo di programmazione 2014-2020 e relativo monitoraggio. Programmazione degli interventi complementari di cui all'articolo 1, comma 242, della legge n. 147/2013 previsti nell'accordo di partenariato 2014-2020. – Partnership AGREEMENT (Project ID 10255153) sottoscritto in data 03/09/2020.

Parte Spesa
Spesa ricorrente

Capitolo di Spesa	Declaratoria	Codice UE	Missione Programma	P.D.C.F.	Variazione e.f. 2022 Competenza e Cassa
U1159084	Interreg V-A Italia-Croazia 2014-2020-Progetto ARGOS — Incarichi libero professionali di studi, ricerca – Quota U.E. (85%)	3	19.02	U.1.03.02.10.000	**+ € 58.590,50**
U1159584	Interreg V-A Italia-Croazia 2014-2020-Progetto ARGOS — Incarichi libero professionali di studi, ricerca – Quota STATO (15%)	4	19.02	U.1.03.02.10.000	**+ € 10.339,50**

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D. Lgs. 118/2011.

All'accertamento dell'entrata e all'impegno di spesa provvederà il Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle risorse forestali e naturali giusta D.G.R. n. 1594/2020, 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 Relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. d), della legge regionale n. 7/97, propone alla Giunta regionale:

- ❏ di prendere atto di quanto esposto in narrativa che s'intende integralmente riportato, parte integrale ed essenziale della presente deliberazione;
- ❏ di apportare la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-20254, approvato con DGR n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., previa riduzione degli adempimenti contabili previsti dall'atto dirigenziale n. 626/2021 della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, così come indicato nella sezione "Copertura finanziaria";
- ❏ di autorizzare il Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle risorse forestali e naturali ad operare sui capitoli di entrata e di spesa di cui alla sezione "copertura finanziaria" e ad adottare i

conseguenti provvedimenti inerenti il progetto ARGOS, approvato e ammesso a finanziamento sulle risorse di cui al Programma di Cooperazione Europea INTERREG VA Italia-Croazia 2014/2020;

- ❏ di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione di bilancio, che sarà trasmesso dalla Sezione Bilancio e Ragioneria al Tesoriere regionale, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione;
- ❏ di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

P.O. Coordinamento e Gestione Finanziaria del Progetto ARGOS
Vito Di Pierro

Il Dirigente della Sezione Gestione sostenibile e Tutela risorse forestali e naturali
Dott. Domenico Campanile

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii., non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di deliberazione osservazioni

Il Direttore del Dipartimento Agricoltura Sviluppo Rurale e Ambientale
Prof. Gianluca Nardone

L'Assessore all'Agricoltura Risorse agricole e forestali
Dott. Donato Pentassuglia

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Agricoltura Risorse agricole e forestali;

Viste le sottoscrizioni poste in calce alla presente proposta di deliberazione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in narrativa che s'intende integralmente riportato, parte integrale ed essenziale della presente deliberazione;
2. di apportare la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-20254, approvato con DGR n. 2/2022, ai

sensi dell'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., previa riduzione degli adempimenti contabili previsti dall'atto dirigenziale n. 626/2021 della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle Risorse Forestali e Naturali, così come indicato nella sezione "Copertura finanziaria";

3. di autorizzare il Dirigente della Sezione Gestione Sostenibile e Tutela delle risorse forestali e naturali ad operare sui capitoli di entrata e di spesa di cui alla sezione "copertura finanziaria" e ad adottare i conseguenti provvedimenti inerenti il progetto ARGOS, approvato e ammesso a finanziamento sulle risorse di cui al Programma di Cooperazione Europea INTERREG VA Italia-Croazia 2014/2020;

4. di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione di bilancio, che sarà trasmesso dalla Sezione Bilancio e Ragioneria al Tesoriere regionale, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

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: …./…../……. CIFRA:FOR/DEL/2022/00132

Rif. Proposta di delibera dell' Assessorato Agricoltura, industria agroalimentare, risorse agroalimentari, Caccia e pesca, foreste.

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. …. - ESERCIZIO 2022 (*)	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2022 (*)
Disavanzo d'amministrazione								
MISSIONE		**19**	**Relazioni internazionali**					
	Programma	2	**Cooperazione territoriale**					
	Titolo	1	**Spese correnti**	residui presunti				
				previsione di **competenza**		68.930,00		
				previsione di **cassa**		68.930,00		
TOTALE PROGRAMMA		**2**	**Cooperazione territoriale**	residui presunti				
				previsione di **competenza**		**68.930,00**		
				previsione di **cassa**		**68.930,00**		
TOTALE MISSIONE		**19**	**Relazioni internazionali**	residui presunti				
				previsione di **competenza**		**68.930,00**		
				previsione di **cassa**		**68.930,00**		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA				residui presunti				
				previsione di **competenza**		**68.930,00**		
				previsione di **cassa**		**68.930,00**		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE				residui presunti				
				previsione di **competenza**		**68.930,00**		
				previsione di **cassa**		**68.930,00**		

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

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: ..../...../..... CIFRA:FOR/DEL/2022/00132

Rif. Proposta di delibera dell' Assessorato Agricoltura, industria agroalimentare, risorse agroalimentari, Caccia e pesca, foreste.

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA		DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2022 (*)	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022 (*)
TITOLO	**2**	**TRASFERIMENTI CORRENTI**					
Tipologia	101	**Trasferimenti correnti da Amministrazioni pubbliche**	residui presunti				
			previsione di **competenza**		68.930,00		
			previsione di **cassa**		68.930,00		
TOTALE TITOLO	**2**	**TRASFERIMENTI CORRENTI**	residui presunti				
			previsione di **competenza**		**68.930,00**		
			previsione di **cassa**		**68.930,00**		
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti				
			previsione di **competenza**		**68.930,00**		
			previsione di **cassa**		**68.930,00**		
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti				
			previsione di **competenza**		**68.930,00**		
			previsione di **cassa**		**68.930,00**		

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

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

Domenico Campanile
08.11.2022 10:10:54
GMT+00:00

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
FOR	DEL	2022	132	14.11.2022

PROGRAMMA DI COOPERAZIONE EUROPEA INTERREG V-A ITALIA-CROAZIA 2014-2020. PROGETTO #ARGOS-SHARED GOVERNANCE OF SUSTAINABLE FISHERIES AND AQUACULTURE ACTIVITIES". CUP D78H20000250003. VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2022 E PLURIENNALE 2022-2024 AI SENSI DELL'ART. 51 DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II..

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 17-11-2022 13:02:54
Serial certificato: 645975
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Dirigente

DR. NICOLA PALADINO

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
SerialNumber =
TINIT-
C = IT

REGIONE PUGLIA – SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1616

Approvazione schema Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Comune di Bari - ex Caserma Rossani di Bari.

Il Presidente della Giunta regionale Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario P.O. "Supporto alla gestione amministrativa e contabile dei progetti CTE 2014-2020", Giuseppe Loiodice, confermata dal Dirigente della Sezione Sviluppo Innovazione Reti, Mauro Paolo Bruno, e dal Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- il Presidente della Regione e il Sindaco del Comune di Bari hanno sottoscritto il 9 gennaio 2013 "I patti per lo sviluppo sostenibile e intelligente delle città pugliesi - Patto per Bari", nell'ambito del quale hanno concordato sulla necessità di dare slancio all'idea di "Bari città della cultura mediterranea", attraverso la creazione di un sistema integrato dell'arte e dello spettacolo, che favorisca un dialogo di rete fra teatri e altri contenitori culturali, in un'ottica innovativa e di partecipazione e che disegni una prospettiva di "città culturale e multiculturale";
- all'interno del summenzionato "Patto per Bari" si legge "*riveste un particolare rilievo la riqualificazione e la ricucitura urbana di un intero pezzo della città non murattiana, quale l'area della ex Caserma Rossani. Nella panoramica che si disegna, la Rossani occupa un posto simbolico di ineguagliabile valore. Alle spalle della Stazione ferroviaria, a pochi metri dal Polo universitario del centro murattiano, a poche centinaia di metri dal Politecnico, nel pieno cuore della città, questa immensa area necessita, come da anni propongono comitati e associazioni, di una grande opera di riqualificazione al servizio dello sviluppo culturale sociale e democratico di Bari. Nella Rossani deve trovare posto una grande struttura multifunzionale (...), una convivenza di spazi coperti e di spazi aperti di cui fruire collettivamente, come artisti e come "pubblico": una sorta di "parco urbano delle Arti e delle culture" in cui allocare manifestazioni, (...), attività laboratoriali. La Caserma Rossani, per le sue specifiche caratteristiche, può offrire finalmente una risposta a queste esigenze di sviluppo artistico e culturale e divenire un punto focale della riqualificazione urbana e del sistema di partecipazione democratica, ovvero del destino prossimo e futuro della città*";
- con Deliberazione del 19 novembre 2013, n. 2165 la Giunta Regionale ha ratificato l'Accordo di programma quadro rafforzato "Beni ed Attività Culturali", sottoscritto il 13 novembre 2013, fra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo e la Regione Puglia, come successivamente modificato;
- il Comune di Bari, nell'ambito delle iniziative di riqualificazione del proprio territorio attraverso il progetto Ri-Accordi Urbani, ha avviato (dal novembre 2014) un percorso partecipativo con i cittadini, con l'obiettivo prioritario di condividere la propria idea di trasformazione della ex caserma Rossani in un grande parco urbano, inteso come spazio pubblico multifunzionale orientato ad attività sociali, culturali e ludico ricreative, nonché come spazio di convivenza tra segmenti diversi della popolazione e, tanto nella prima fase quanto nella seconda appena avviata, è emersa la volontà dell'amministrazione di insediare in alcuni degli edifici esistenti nell'area una biblioteca pubblica, e segnatamente la Biblioteca del Consiglio Regionale e la Mediateca regionale;
- con Deliberazione del 16 dicembre 2014, n. 2640 e con Deliberazione n. 461 del 17 marzo 2015 è stato ritenuto di particolare interesse dell'amministrazione regionale riqualificare e potenziare il sistema bibliotecario regionale, in attuazione della l.r. n. 17/2013, attraverso la creazione di una rete integrata e accessibile e di un Polo regionale che assicuri anche il potenziamento dei servizi bibliotecari e archivistici di propria competenza, promuovendone il coordinamento ai fini della loro valorizzazione ed efficace, efficiente ed economica gestione (art. 4, comma 2, lett. e), a tal fine sono state espressamente previste due schede progetto (schede n. 47 e 48 all'interno dell'Accordo di programma quadro);
- con Deliberazione della Giunta Regionale 30 marzo 2015, n. 619 è stata disciplinata la comune volontà della Regione, del Consiglio regionale e del Comune di Bari di assicurare la piena fruibilità ed accessibilità

della Teca del Mediterraneo e della Mediateca regionale all'interno di una rete integrata di servizi bibliotecari ed archivistici, attraverso la stipula di un Accordo per la valorizzazione territoriale ex art. 15 della legge n. 241/1990 e in coerenza con l'art 4 dell'Accordo per la valorizzazione integrata dei beni culturali del territorio della Regione Puglia;

- tale ultimo accordo, sottoscritto in data 13 aprile 2015, prevede:
    - il sostegno finanziario da parte della Regione Puglia relativamente al livello di progettazione da porre a base di gara, nonché i lavori di completamento, recupero funzionale, allestimento e valorizzazione degli edifici A e F della Caserma Rossani, ponendo in essere gli adempimenti amministrativi, finanziari e contabili in coerenza con la natura dei Fondi per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 e con la programmazione unitaria;
    - l'impegno da parte del Comune di Bari a rivestire il ruolo di stazione appaltante nella progettazione ed esecuzione dei lavori per il recupero funzionale, l'allestimento e la valorizzazione degli edifici A e F della Caserma Rossani ai fini della realizzazione del Polo bibliotecario regionale;
    - la definizione della destinazione d'uso degli stessi per l'erogazione dei servizi propri della Teca del Mediterraneo e della Mediateca regionale con appositi e successivi atti da parte dei soggetti sottoscrittori;

CONSIDERATO, ALTRESI', CHE:

- la Biblioteca del Consiglio Regionale della Puglia, d'ora in poi "Teca del Mediterraneo" – Servizio Biblioteca e comunicazione istituzionale, è stata istituita negli anni Settanta per rispondere alle esigenze di documentazione del Consiglio Regionale pugliese. Riorganizzata nel 1994, dal 1996 offre i propri servizi anche al pubblico esterno in conformità a quanto indicato dal "Manifesto UNESCO sulle biblioteche pubbliche". È sede, altresì, del Laboratorio della Comunicazione Istituzionale, struttura preposta a realizzare attività e progetti destinati ai cittadini, alle scuole e ad altre Istituzioni per la conoscenza e la promozione del territorio regionale, della sua storia e della cultura in generale, nonché della Istituzione consiliare;
- la legge regionale n. 6/2004 "Norme organiche in materia di spettacolo e norme di disciplina transitoria delle attività culturali", all'art. 6 bis ha istituito la Mediateca Regionale che conserva e riproduce i materiali cinematografici e audiovisivi prodotti, commissionati o acquisiti dalla Regione, nonché la relativa documentazione fotografica e a stampa, riguardanti anche la conoscenza della storia, della cultura e dello spettacolo dei territori della Puglia, promuovendo e diffondendo la conoscenza del patrimonio cinematografico e audiovisivo della Regione;
- la Mediateca regionale Puglia è uno spazio polifunzionale, un luogo di saperi, socialità e pratiche quali la ricerca, l'intrattenimento, l'informazione, la distrazione, la visione, l'ascolto, l'esposizione, la condivisione e l'apprendimento. Un presidio culturale territoriale universale perché aperto a tutti e promotore della diffusione delle culture;
- negli anni cinquanta, su iniziativa dell'Anppia (Associazione nazionale perseguitati politici antifascisti) si è costituito in Associazione l'Istituto Pugliese per la Storia dell'Antifascismo e dell'Italia Contemporanea (IPSAIC);
- la L.R 28 gennaio 1980, n.12, come modificata dalle Leggi Regionali n. 25 e n. 36 dell'anno 2021, al fine di concorrere alla crescita culturale e dello sviluppo della coscienza civica dei cittadini, con particolare riguardo allo studio della storia regionale, ha promosso la costituzione dell'Istituto pugliese per la storia dell'antifascismo e dell'Italia contemporanea IPSAIC, con sede in Bari presso il Consiglio regionale;
- l'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale, con deliberazione n. 91 del 22 febbraio 2022, ha approvato lo Statuto dell'Istituto Pugliese per la Storia dell'Antifascismo e dell'Italia Contemporanea (IPSAIC);

TENUTO CONTO CHE:

- con Deliberazione della Giunta Regionale del 30.05.2022, n. 766 si è provveduto ad autorizzare, sulla base degli atti sinora adottati e delle ulteriori esigenze *medio tempore* emerse, la Sezione Sviluppo

Innovazione Reti del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio ad avviare l'affidamento dei servizi di progettazione esecutiva, direzione lavori e coordinamento della sicurezza nelle fasi di progettazione e di esecuzione, per l'allestimento del "Polo Bibliotecario Regionale", istituito presso le porzioni immobiliari dell'ex "Caserma Rossani" come individuate nel presente atto, e di assegnare a tale scopo risorse finanziarie per un importo complessivo pari a € 130.000,00;

- con determinazione dirigenziale n. 40 del 25/07/2022 è stato approvato l' "Avviso esplorativo per la manifestazione di interesse all'affidamento diretto, previa consultazione di più operatori economici, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. a) della legge 11 settembre 2020, n. 120, come modificata dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito nella legge 29 luglio 2021, n. 108, dei servizi di progettazione, direzione lavori e coordinamento della sicurezza nelle fasi di progettazione e di esecuzione, per l'allestimento del "Polo Bibliotecario Regionale", istituito presso l'immobile dell'ex "Caserma Rossani", sita in Bari, alla Via De Bellis Vitantonio, n. 47", pubblicato in data 04 agosto 2022 nella sezione "Elenco Bando e Avvisi" del sito istituzionale della Regione Puglia, nonché sulla sezione "Bandi di Gara" del sito EmPULIA e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, con scadenza stabilita al 19 settembre 2022 per la presentazione delle relative domande di partecipazione;
- la sola proposta presentata da Alterstudio Partners s.r.l. è risultata "idonea" in quanto rispondente a tutti i requisiti previsti dall'art. 9 dell'Avviso anzidetto, come risultante dalla determina dirigenziale di presa d'atto n. 57 del 03/10/2022;
- con nota n. AOO_196/0000681 del 25/10/2022 si è provveduto a trasmettere formalmente al Comune di Bari lo schema di Protocollo di intesa per la consegna e la gestione del Polo Bibliotecario Regionale della Puglia presso la ex Caserma Rossani di Bari;
- le strutture regionali e quelle del comune di Bari, nelle more della definitiva consegna del complesso immobiliare, costituito dalla Palazzina A) e dalla Palazzina F), hanno condiviso uno schema di protocollo di Intesa, qui allegato come parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, finalizzato a permettere l'accesso da parte della Regione Puglia per consentire i rilievi necessari alla corretta progettazione degli arredi e degli allestimenti idonei alla più efficace fruizione;
- occorre avviare l'iter amministrativo teso a consentire la presa in carico da parte della Regione Puglia della gestione in termini sia di esercizio, di vigilanza e di manutenzione del complesso immobiliare, che in termini di gestione del personale da assegnare per le attività, e per gli effetti fornire l'indirizzo affinché, con il coordinamento del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, le strutture regionali competenti della Giunta e del Consiglio Regionale possano procedere alla definizione delle modalità attuative nel rispetto dei principi cardini di economicità, efficienza ed efficacia dell'agire della pubblica amministrazione;

RITENUTO:

- di dover autorizzare, il direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio alla sottoscrizione dell'accordo condiviso così da permettere una corretta progettazione da parte della Regione Puglia degli arredi e degli allestimenti idonei per la più efficace fruizione delle strutture di cui al presente provvedimento;
- di dover esprimere l'indirizzo di avviare l'iter amministrativo, con il coordinamento del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, da parte delle strutture regionali competenti della Giunta e del Consiglio Regionale per la definizione delle modalità attuative di gestione del complesso immobiliare *de qua*, nel rispetto dei principi cardini di economicità, efficienza ed efficacia dell'agire della pubblica amministrazione.

Alla luce delle risultanze istruttorie, sussistono i presupposti di fatto e di diritto per la stipula di un Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e il Comune di Bari finalizzato alla presa in consegna della struttura ex Caserma Rossani di Bari da parte della Regione Puglia per tutto il tempo necessario alla realizzazione degli allestimenti a carico della Regione Puglia e fornire l'indirizzo di avviare, con il coordinamento del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, l'iter

di definizione delle modalità di gestione e del complesso immobiliare tra le strutture della Giunta e del Consiglio Regionale.

Garanzie di riservatezza
La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge n. 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari, ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Il presente provvedimento sarà pubblicato in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.
La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico -finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

A tal fine, Il Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione, con le quali tra l'altro si attesta che il presente provvedimento è di competenza della G.R. - ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. e) della L.R. n. 7/97, propone alla Giunta regionale:

1. **di prendere atto** ed approvare quanto espressamente riportato in narrativa e che qui si intende integralmente riportato.
2. **di approvare** il Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Comune di Bari, allegato al presente provvedimento (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale.
3. **di delegare** il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio alla sottoscrizione del suddetto Protocollo, autorizzandolo ad apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione.
4. **di prendere atto** che, laddove dalla sottoscrizione dell'allegato Protocollo d'intesa conseguano impegni di natura finanziaria, gli stessi saranno oggetto di successive delibere della Giunta regionale.
5. **di avviare**, con il coordinamento del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, l'iter di definizione delle modalità di gestione e del complesso immobiliare tra le strutture della Giunta e del Consiglio Regionale, nel rispetto dei principi cardini di economicità, efficienza ed efficacia dell'agire della pubblica amministrazione.
6. **di pubblicare** il presente provvedimento in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.
IL FUNZIONARIO P.O. "Supporto alla gestione amministrativa e contabile dei Progetti CTE 2014-2020"
Giuseppe Loiodice

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE SVILUPPO, INNOVAZIONE E RETI
Mauro Paolo Bruno

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO TURISMO, ECONOMIA DELLA CULTURA E VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO
Aldo Patruno

Il PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
Michele Emiliano

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente della Giunta Regionale;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
A voti unanimi espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

1. **Di prendere atto** ed approvare quanto espressamente riportato in narrativa e che qui si intende integralmente riportato.
2. **Di approvare** il Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Comune di Bari, allegato al presente provvedimento (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale.
3. **Di delegare** il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio alla sottoscrizione del suddetto Protocollo, autorizzandolo ad apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione.
4. **Di prendere atto** che, laddove dalla sottoscrizione dell'allegato Protocollo d'intesa conseguano impegni di natura finanziaria, gli stessi saranno oggetto di successive delibere della Giunta regionale.
5. **Di avviare**, con il coordinamento del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, l'iter di definizione delle modalità di gestione e del complesso immobiliare tra le strutture della Giunta e del Consiglio Regionale, nel rispetto dei principi cardini di economicità, efficienza ed efficacia dell'agire della pubblica amministrazione.
6. **Di pubblicare** il presente provvedimento in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BARI

ALLEGATO A

Proposta A04/DEL/2022/00051

Aldo Patruno 17.11.2022 14:51:52 GMT+01:00

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

REGIONE PUGLIA

E

COMUNE DI BARI

per la consegna e la gestione del Polo Bibliotecario Regionale della Puglia presso la ex Caserma Rossani di Bari

Regione Puglia, con sede a Bari, Lungomare N. Sauro n. 33, C.F. 80017210727, di seguito più brevemente denominata *"Regione"*, rappresentata dal Dott. Michele Emiliano, domiciliato, per la carica, presso la sede Regionale, il quale interviene nel presente atto nella sua qualità di Presidente della Regione;

E

Comune di Bari, con sede a Bari, Corso Vittorio Emanuele II n. 86, C.F. 80015010723, rappresentato dall'Ing. Antonio Decaro, domiciliato, per la carica, presso la sede Comunale, il quale interviene nel presente atto nella sua qualità di Sindaco del Comune di Bari;

di seguito denominate anche *"Parti"*;

PREMESSO CHE

- il Presidente della Regione e il Sindaco del Comune di Bari hanno sottoscritto il 9 gennaio 2013 "I patti per lo sviluppo sostenibile e intelligente delle città pugliesi - Patto per Bari", nell'ambito del quale hanno concordato sulla necessità di dare slancio all'idea di "Bari città della cultura mediterranea", attraverso la creazione di un sistema integrato dell'arte e dello spettacolo, che favorisca un dialogo di rete fra teatri e altri contenitori culturali, in un'ottica innovativa e di partecipazione e che disegni una prospettiva di "città culturale e multiculturale";
- all'interno del già menzionato Patto per Bari si legge "... *riveste un particolare rilievo la riqualificazione e la ricucitura urbana di un intero pezzo della città non murattiana, quale l'area della ex Caserma Rossani. Nella panoramica che si disegna, la Rossani occupa un posto simbolico di ineguagliabile valore. Alle spalle della Stazione ferroviaria, a pochi metri dal polo universitario del centro murattiano, a poche*

centinaia di metri dal Politecnico, nel pieno cuore della città, questa immensa area necessita, come da anni propongono comitati e associazioni, di una grande opera di riqualificazione al servizio dello sviluppo culturale sociale e democratico di Bari. Nella Rossani deve trovare posto una grande struttura multifunzionale (...), una convivenza di spazi coperti e di spazi aperti di cui fruire collettivamente, come artisti e come "pubblico": una sorta di "parco urbano delle Arti e delle culture" in cui allocare manifestazioni, (…), attività laboratoriali. La Caserma Rossani, per le sue specifiche caratteristiche, può offrire finalmente una risposta a queste esigenze di sviluppo artistico e culturale e divenire un punto focale della riqualificazione urbana e del sistema di partecipazione democratica, ovvero del destino prossimo e futuro della città";

- il Comune di Bari, nell'ambito delle iniziative di riqualificazione del proprio territorio attraverso il progetto Ri-Accordi Urbani, ha avviato (da novembre 2014) un percorso partecipativo con i cittadini, con l'obiettivo prioritario di condividere la propria idea di trasformazione della ex caserma Rossani in un grande parco urbano, inteso come spazio pubblico multi funzionale orientato ad attività sociali, culturali e ludico ricreative, nonché come spazio di convivenza tra segmenti diversi della popolazione e, tanto nella prima fase quanto nella seconda appena avviata, è emersa la volontà dell'amministrazione di insediare in alcuni degli edifici esistenti nell'area una biblioteca pubblica, e segnatamente la Biblioteca del Consiglio Regionale e la Mediateca regionale;
- durante la prima fase del percorso partecipativo (conclusasi nel febbraio 2015) sono stati individuati tre principi guida: sostenibilità, accessibilità, socialità; questi principi guida sono stati declinati in azioni progettuali riguardanti il progetto di riqualificazione in relazione all'area compresa tra via Vitantonio De Bellis, corso Benedetto Croce e via Giulio Petroni, un tempo sede dei campi sportivi, sulla quale si focalizzata l'attenzione della prima fase del processo;
- alcuni dei partecipanti hanno voluto da subito lavorare sull'intera area della ex caserma sviluppando diverse idee relative alle modalità di recupero e gestione degli edifici nonché a possibili funzioni da insediare;
- a partire dalle idee e dai principi guida sopra menzionati è stata avviata la seconda fase del percorso partecipativo, avente ad oggetto l'intera area della ex caserma, attraverso due incontri di confronto e dibattito sul tema del riuso e della gestione condivisa degli spazi pubblici, aperti e coperti;
- i detti incontri hanno rafforzato l'idea dell'amministrazione di procedere alla riqualificazione della ex caserma Rossani attraverso un approccio strategico e incrementale, in grado di portare avanti l'idea generale di trasformazione della ex caserma in un parco urbano multifunzionale orientato ad attività sociali, culturali e ludico ricreative, declinandola operativamente mediante progetti specifici che, attraverso diverse modalità di gestione, possano concretamente essere messi in campo da soggetti diversi: istituzioni, associazioni, gruppi di cittadini, ecc.;
- la volontà dell'amministrazione di insediare in alcuni degli edifici esistenti nell'area una biblioteca pubblica, segnatamente la Biblioteca del Consiglio Regionale e la Mediateca regionale, è stata più volte condivisa nel corso degli incontri della prima e della seconda fase;
- con Deliberazione n. 570 del 28.03.2013, la Giunta Regionale ha preso atto dell'Accordo generale ex art.112 del Codice dei Beni culturali, sottoscritto il 14 marzo 2013 tra Ministro dei beni culturali e Presidente della Regione, nel rispetto delle competenze dello Stato e delle Regioni, sancite dalla Costituzione e dal Codice dei Beni culturali e del paesaggio, e finalizzato a concertare una strategia di valorizzazione integrata del patrimonio culturale dell'intera Regione;
- con Deliberazione n. 2165 del 19 novembre 2013, la Giunta Regionale ha ratificato l'Accordo di programma quadro rafforzato "Beni ed Attività Culturali", sottoscritto il 13 novembre 2013, fra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo e la Regione Puglia, come successivamente modificato con Deliberazione del 16 dicembre 2014, n. 2640 e con Deliberazione n. 461 del 17 marzo 2015;
- all'interno del Patto per Bari un particolare rilievo rivestono la riqualificazione e la ricucitura urbana di un intero pezzo della città non murattiana, quale l'area della ex Caserma Rossani;

- è stato ritenuto di particolare interesse dall'amministrazione regionale riqualificare e potenziare il sistema bibliotecario regionale, in attuazione della L.R. 17/2013, attraverso la creazione di una rete integrata ed accessibile nonché di un Polo regionale che assicuri il potenziamento dei servizi bibliotecari e archivistici di propria competenza, promuovendone il coordinamento ai fini della loro valorizzazione anche attraverso una modalità di gestione conforme ai principi di efficacia efficienza ed economicità (art. 4, comma 2, lett. e), prevedendo espressamente a tal fine due schede progetto (schede n.47 e 48 all'interno dell'Accordo di programma quadro);
- a far data dal mese di dicembre 2014 è stato avviato un percorso condiviso tra Consiglio Regionale della Puglia, Assessorato ai Beni Culturali, e Comune di Bari per valutare la possibilità di allocare il Polo regionale all'interno della Caserma Rossani costituendo all'uopo un tavolo tecnico per la verifica dei fabbisogni delle due istituzioni - Teca del mediterraneo e Mediateca – nonché per la valutazione degli spazi disponibili nel complesso Rossani;
- con Deliberazione della Giunta Regionale 30 marzo 2015, n. 619 è stata disciplinata la comune volontà della Regione, del Consiglio regionale e del Comune di Bari di assicurare la piena fruibilità ed accessibilità della Teca del Mediterraneo e della Mediateca regionale all'interno di una rete integrata di servizi bibliotecari ed archivistici, attraverso la stipula di un Accordo per la valorizzazione territoriale ex art. 15 della legge 241 del 1990, in coerenza con l'art 4 dell'Accordo per la valorizzazione integrata dei beni culturali del territorio della Regione Puglia;
- tale ultimo accordo sottoscritto in data 13.4.2015 prevede:
- il sostegno finanziario da parte della Regione Puglia relativamente al livello di progettazione da porre a base di gara, nonché i lavori di completamento, recupero funzionale, allestimento e valorizzazione degli edifici A e F della Caserma Rossani, attuando gli adempimenti amministrativi, finanziari e contabili in coerenza con la natura dei Fondi per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 e con la programmazione unitaria;
- l'impegno da parte del Comune di Bari a rivestire il ruolo di stazione appaltante nella progettazione ed esecuzione dei lavori per il recupero funzionale, l'allestimento e la valorizzazione degli edifici A e F della Caserma Rossani ai fini della realizzazione del Polo bibliotecario regionale;
- la definizione della destinazione d'uso degli stessi per l'erogazione dei servizi propri della Teca del Mediterraneo e della Mediateca regionale con appositi e successivi atti da parte dei soggetti sottoscrittori.

CONSIDERATO CHE

- la Biblioteca del Consiglio Regionale della Puglia, d'ora in poi "Teca del Mediterraneo" – Servizio Biblioteca e comunicazione istituzionale, è stata istituita negli anni Settanta per rispondere alle esigenze di documentazione del Consiglio Regionale pugliese, riorganizzata nel 1994, dal 1996 offre i propri servizi anche al pubblico esterno in conformità a quanto indicato dal "Manifesto UNESCO sulle biblioteche pubbliche". È sede, altresì, del Laboratorio della Comunicazione Istituzionale, struttura preposta a realizzare attività e progetti destinati ai cittadini, alle scuole e ad altre Istituzioni per la conoscenza e la promozione del territorio regionale, della sua storia e della cultura in generale, nonché della Istituzione consiliare;
- la legge regionale n. 6/2004 recante "Norme organiche in materia di spettacolo e norme di disciplina transitoria delle attività culturali", all'art. 6 bis ha istituito la Mediateca Regionale che conserva e riproduce i materiali cinematografici e audiovisivi prodotti, commissionati o acquisiti dalla Regione, nonché la relativa documentazione fotografica e a stampa, riguardanti anche la conoscenza della storia, della cultura e dello spettacolo dei territori della Puglia, promuovendo e diffondendo la conoscenza del patrimonio cinematografico e audiovisivo della Regione;
- la Mediateca regionale Puglia è uno spazio polifunzionale, un luogo di saperi, socialità e pratiche quali la ricerca, l'intrattenimento, l'informazione, la distrazione, la visione, l'ascolto, l'esposizione, la condivisione e l'apprendimento. Un presidio culturale territoriale universale perché aperto a tutti e

promotore della diffusione delle culture;

- negli anni cinquanta, su iniziativa dell'Anppia (Associazione nazionale perseguitati politici antifascisti) si è costituito in Associazione l'Istituto Pugliese per la Storia dell'Antifascismo e dell'Italia Contemporanea (IPSAIC);
- la L.R 28 gennaio 1980, n.12, come modificata dalle Leggi Regionali n. 25 e n. 36 dell'anno 2021, al fine di concorrere alla crescita culturale e dello sviluppo della coscienza civica dei cittadini, con particolare riguardo allo studio della storia regionale, ha promosso la costituzione dell'Istituto pugliese per la storia dell'antifascismo e dell'Italia contemporanea IPSAIC, con sede in Bari presso il Consiglio regionale;
- l'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale, con deliberazione n. 91 del 22 febbraio 2022, ha approvato lo Statuto dell'Istituto Pugliese per la Storia dell'Antifascismo e dell'Italia Contemporanea (IPSAIC).

TENUTO CONTO CHE

- sulla base del disciplinare regolante i rapporti tra Regione Puglia e Comune di Bari per i Lavori di realizzazione del Polo bibliotecario regionale della Puglia, con deliberazione dell'11/2/2016, n. 61, la Giunta Municipale del Comune di Bari ha approvato il progetto preliminare-definitivo dei lavori per un importo complessivo pari a € 9.695.874,64;
- con determina dirigenziale del Comune di Bari n. 2016/160/00404 del 1/3/2016 venivano approvati gli atti di gara e indetta la relativa procedura da espletarsi a cura di Invitalia s.p.a. per l'affidamento della progettazione esecutiva e l'esecuzione dei lavori sulla base del progetto definitivo per la realizzazione del Polo Bibliotecario regionale della Puglia presso la ex Caserma Rossani, nonché per la fornitura di arredi e attrezzature;
- con determina dirigenziale n. 2016/160/01215 del 22/6/2016 veniva affidato alla Dott.ssa Antonella Agnoli, l'incarico professionale di supporto al RUP in qualità di specialista nell'organizzazione e gestione delle biblioteche durante le fasi di progettazione ed esecuzione del Polo Bibliotecario regionale;
- a seguito di esperimento di procedura aperta, dopo aver comunicato in data 28/6/2016 l'aggiudicazione provvisoria, con determinazione prot. 17039/CT del 12/10/2016 Invitalia s.p.a. ha dichiarato l'aggiudicazione definitiva in favore del Consorzio fra Cooperative di produzione e Lavoro Cons. Coop. Soc. Coop, per un totale complessivo di € 5.993.485,98=, oltre accessori, compresa progettazione esecutiva, oltre a una riduzione temporale di 310 giorni su 730 giorni come da disciplinare, per un termine di ultimazione lavori di 420 giorni;
- con determinazione dirigenziale n. 2016/160/02557, esecutiva in data 19/1/2017, si procedeva all'approvazione del quadro economico rideterminato ad esito della gara pubblica;
- con Delibera di Giunta Municipale del Comune di Bari n. 179 del 01/03/2019 veniva approvato il progetto esecutivo dei lavori e, non essendo intervenute modifiche, il quadro economico progettuale è risultato pari a quanto approvato con la determinazione dirigenziale 2016/160/02557;
- in sede di redazione del progetto definitivo l'importo destinato agli arredi, in ossequio alle prescrizioni di spesa previste in sede di assegnazione delle risorse, è previsto per la sola palazzina F) "Casermetta" per un importo pari a € 99.379,23;
- nell'ambito del succitato appalto era prevista la fornitura di un numero limitato di arredi, strettamente indispensabili ad una prima e parziale funzionalità dell'edificio F (ex "casermetta") anche rispetto agli elaborati grafici disponibili;

- con comunicazione del 30 settembre 2020 il Comune di Bari ha trasmesso nota n. 215879 di 1^ perizia di variante per un importo complessivo pari a € 580.301,95 (di cui € 482.301,51 per maggiori lavori, € 98.000,44 per maggiori oneri speciali della sicurezza);
- a seguito della perizia di variante le già insufficienti risorse destinate per gli arredi e le attrezzature, peraltro oggetto di apposita relazione di progetto predisposta dalla Dott.ssa Agnoli, sono state del tutto azzerate, per cui si rende necessario poter procedere alla progettazione esecutiva degli allestimenti relativi all'intero complesso costituito dalla Palazzina A) e dalla Palazzina F);
- le strutture, ed in particolare la struttura della Palazzina F), necessitano altresì di una attualizzazione della configurazione interna, attraverso una riprogettazione di alcuni ambienti, soprattutto in ragione delle nuove e più innovative esigenze funzionali emerse medio tempore in relazione alla destinazione della stessa non solo a luogo di pubblica fruizione, ma anche di: Polo Integrato Territoriale del sistema Biblio Museale regionale, di cui i singoli Poli provinciali costituiscono i nodi della rete; di conservazione e valorizzazione di archivi di pregevole valore, quali ad esempio la collezione di 33 mila manifesti cinematografici posseduti dalla Mediateca, nonché gli archivi della Gazzetta del Mezzogiorno, riconosciuti di interesse storico particolarmente importante ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 42/2004, giusta Decreto 18 settembre 2020 della Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Puglia, dopo attenta e ampiamente argomentata verifica, così come imposto dall'art. 11 del richiamato Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio;
- con Deliberazione della Giunta Regionale del 30.05.2022, n. 766 si è provveduto:
- ad autorizzare, sulla base degli atti sinora adottati e tenuto conto delle ulteriori esigenze *medio tempore* emerse, la Sezione Sviluppo Innovazione Reti del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio ad avviare l'affidamento dei servizi di progettazione esecutiva, direzione lavori e coordinamento della sicurezza nelle fasi di progettazione e di esecuzione, per l'allestimento del "Polo Bibliotecario Regionale", istituito presso le porzioni immobiliari dell'ex "Caserma Rossani" come individuate nel presente atto, e di assegnare a tale scopo risorse finanziarie per un importo complessivo pari a € 130.000,00;
- a demandare all'approvazione della progettazione esecutiva di cui al punto precedente e, quindi, alla esatta quantificazione del quadro economico di riferimento, la definizione della provvista finanziaria necessaria per l'acquisizione dei suddetti allestimenti e arredi che troverà copertura a valere sulle risorse dell'avanzo vincolato nel Bilancio 2022 derivante dal "Cofinanziamento comunitario e statale per l'attuazione della Misura 2.1 Valorizzazione e tutela del Patrimonio culturale pubblico e miglioramento dell'offerta e della qualità dei servizi culturali (POR 2000-2006 Ob. 1 FESR)";
- per conseguire efficacemente tale obiettivo occorre, nelle more del definitivo trasferimento del complesso edilizio come *supra* ben delineato e nelle forme e nelle modalità che saranno concordate tra le parti, procedere alla sottoscrizione di un accordo che permetta la corretta progettazione da parte della Regione Puglia degli arredi e degli allestimenti necessari per la corretta fruizione delle strutture e quindi permettere l'accesso ai fini sia dei rilievi per la corretta progettazione che della effettiva allocazione degli impianti, allestimenti e arredi.

Tutto ciò premesso e considerato, le Parti

STIPULANO QUANTO SEGUE

ART. 1

Premesse ed Allegati

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del Protocollo d'Intesa.
2. Costituiscono altresì parte integrante e sostanziale del Protocollo d'Intesa i seguenti allegati:

a) Allegato 1: planimetria relativa all'individuazione degli interventi oggetto della presente intesa;

b) Allegato 2: planimetria relativa alla suddivisione degli interventi oggetto della presente intesa;

c) Allegato 3: planimetria relativa all'individuazione delle proprietà delle aree

ART. 2

Oggetto e Finalità del Protocollo d'Intesa

Il presente Protocollo ha l'obiettivo di definire gli accordi tra le Parti finalizzati ad individuare il programma complessivo degli interventi da attuare per l'allestimento del "Polo Bibliotecario Regionale", istituito presso le porzioni immobiliari dell'ex "Caserma Rossani" costituito dalla Teca del Mediterraneo, Mediateca regionale pugliese e Ipsaic.

La finalità degli interventi sarà coniugare, in maniera organica e condivisa tra le Parti i seguenti obiettivi programmatici:

- Allestimento del "Polo Bibliotecario Regionale";
- Apertura e attivazione del Polo Bibliotecario Regionale presso le porzioni immobiliari dell'ex Caserma Rossani;
- Attivazione del servizio di ristoro presso la Palazzina F.

ART. 3

Fasi attuative

Le Parti assumono pertanto che:

<u>sono a cura e carico esclusivo della Regione Puglia i seguenti interventi:</u>

a) progettazione di tutte le opere propedeutiche alla realizzazione dell'allestimento nonché la progettazione e realizzazione del ridetto allestimento;

b) trasferimento del patrimonio della Teca del Mediterraneo e dell'Ipsaic oltre che dell'intero patrimonio della Mediateca Regionale nei locali sopra individuati;

c) gestione, funzionamento e manutenzione ordinaria del Polo Bibliotecario Regionale;

d) gestione della procedura di gara inerente l'affidamento dei servizi di ristoro nella Palazzina F;

e) promozione e coordinamento degli incontri con gli altri Enti coinvolti per il completo ed efficace conseguimento degli obiettivi previsti.

<u>L'Amministrazione Comunale si impegna a:</u>

- completare nel dettaglio l'intervento di natura edile sui fabbricati nei quali andranno allocati la Biblioteca del Consiglio Regionale e la Mediateca regionale;
- elaborare e consegnare tutta la documentazione tecnica e amministrativa delle opere, degli impianti e quant'altro realizzato negli stessi immobili;
- trasmettere il collaudo delle opere eseguite, anche parziale riferito ai fabbricati di cui sopra, oggetto del ridetto allestimento.

ART.4

Consegna e custodia

A seguito della sottoscrizione del presente protocollo si procederà alla consegna formale del compendio

anche al fine di consentire l'accesso alle strutture di cui alle planimetrie richiamate dall'art. 1 per tutto il tempo necessario alla realizzazione degli allestimenti a carico della Regione Puglia.

Resta inteso che dalla data di consegna la Regione Puglia assume ogni responsabilità per eventuali sinistri a terzi o cose allocate all'interno dei fabbricati, ivi compreso ogni onere di custodia relativo.

A conclusione delle fasi attuative di cui al punto 3, come monitorate dal tavolo tecnico sottoindividuato, si procederà alla stipula di apposito atto negoziale finalizzato al trasferimento della gestione ordinaria dell'immobile e alle ulteriori modalità di collaborazione.

ART. 5

Referenti

Al fine di gestire opportunamente quanto disposto dal presente Protocollo e monitorare le fasi attuative di cui all'art. 3, sarà istituito un tavolo tecnico composto dai seguenti referenti operativi, individuati per i soggetti firmatari:

_ per la Regione: _____

_ per il Comune di Bari: _____

ART. 6

Sostenibilità economica e finanziaria degli interventi

In merito alle risorse finanziarie eventualmente necessarie all'attuazione del presente Protocollo rimanda ad appositi atti da concordarsi fra le parti che saranno sottoposti ai competenti organi alla luce della normativa vigente.

ART. 7

Durata

Al fine di rendere immediatamente attuative le intese previste nel presente Protocollo, le Parti si impegnano ad avviare da subito le attività descritte all'art. 3, ed in particolare all'articolo 3.a per le attività di competenza che risultano propedeutiche allo sviluppo degli altri interventi, in modo da conseguire l'avvio concreto del funzionamento e gestione del Polo Bibliotecario Regionale entro il _____

Qualora per qualsiasi impedimento o altre motivazioni le Parti non rispettino la scadenza sopra prevista, ne daranno comunicazione scritta l'una all'altra, prevedendo una rimodulazione della tempistica da concordare.

Il presente Protocollo ha validità di **24 (ventiquattro) mesi** dalla data di sottoscrizione, fatte salve proroghe scritte concordate tra le Parti.

ART. 8

Condizione risolutiva espressa

Resta inteso che l'efficacia del presente Protocollo e delle obbligazioni previste in capo alle Parti firmatarie è subordinata all'esecuzione con buon esito degli interventi **entro e non oltre il termine di un anno** dalla sottoscrizione del presente atto. In caso contrario, il presente Protocollo si intenderà risolto e le Parti si impegneranno a negoziare i contenuti di un nuovo accordo.

ART. 9

Trattamento Dati Personali

Finalità del trattamento e base giuridica

Nel corso dello svolgimento delle attività connesse alla formalizzazione ed alla successiva attuazione del presente Accordo, ciascuna delle Parti tratterà dati personali riferibili a dipendenti, amministratori,

rappresentanti e/o collaboratori dell'altra Parte, motivo per il quale ciascuna di esse si impegna a procedere al trattamento di tali dati personali in conformità alle disposizioni di cui al Regolamento EU 679/2016 e al D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, in materia di protezione dei dati personali, nonché a tutte le norme di legge di volta in volta applicabili.

Le Parti si impegnano a condurre le attività di trattamento di dati personali sulla base dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza degli interessati, e solo ed esclusivamente per le finalità di formalizzazione ed alla successiva attuazione del presente Accordo (Base giuridica: Contrattuale), nonché degli eventuali obblighi di legge (Base giuridica: Legale).

Tipologie di dati personali

I dati personali raccolti nell'ambito delle fasi di formalizzazione ed successiva attuazione del presente Accordo rientrano nelle seguenti categorie:

Dati Comuni acquisiti direttamente presso le Parti: dati anagrafici, codice di identificazione fiscale (di dipendenti, amministratori, rappresentanti e/o collaboratori), dati di contatto (PEC, e-mail, contatti telefonici).

I predetti dati saranno trattati con supporti informatici e cartacei in modo da garantire idonee misure di sicurezza e riservatezza.

Dati di contatto:

Per il Comune di Bari:

Titolare del Trattamento è il Comune di Bari, rappresentato dal Sindaco pro tempore con sede in Bari – Corso Vittorio Emanuele II,84, 70122 Bari (Italy) - telefono 0805772252 – contattabile all'indirizzo email rip.segreteriagenerale@comune.bari.it; PEC archiviogenerale.comunebari@pec.rupar.puglia.it.

Il Referente Data Protection è l'Avv. Ilaria Rizzo - Direttore della Segreteria Generale – C.so Vittorio Emanuele 84 – Bari – Tel. 0805772251 – 0805772245 – contattabile all'indirizzo email privacy@comune.bari.it – PEC privacy.comunebari@pec.rupar.puglia.it

Per la Regione Puglia:

Titolare del trattamento è la Giunta regionale che, con D.G.R. n. 794/2018, ha istituito la figura del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) della Regione Puglia, per cui è stata designata la Dott.ssa Rossella Caccavo (rpd@regione.puglia.it), e, con D.G.R. n. 145/2019, ha nominato i "Designati" al trattamento dei dati personali per le Strutture della Giunta regionale, tra cui, per il Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, il Direttore Dott. Aldo Patruno (a.patruno@regione.puglia.it).

Conservazione dei dati

I dati personali raccolti nell'ambito di cui al presente Accordo saranno trattati da ciascuna delle Parti limitatamente al periodo di tempo necessario al perseguimento delle finalità di cui sopra. Nel caso in cui esigenze di tipo contabile/amministrativo ne richiedano la conservazione per periodi più estesi, gli stessi saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a 10 anni dal termine di scadenza del presente Accordo.

Diritti degli Interessati

Il Regolamento EU 679/2016 (artt. da 15 a 23) conferisce agli interessati l'esercizio di specifici diritti. In particolare, in relazione al trattamento dei propri dati personali, gli interessati hanno diritto di chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione e la portabilità; inoltre possono proporre reclamo, nei confronti dell'Autorità di Controllo, che in Italia è il Garante per la Protezione dei Dati Personali. A tal proposito, ciascuna delle Parti si impegna a garantire l'esercizio di tali diritti da parte degli interessati. Dichiara, inoltre, espressamente di aver debitamente informato i propri dipendenti e/o collaboratori ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016.

La presente Convenzione viene sottoscritta con firma digitale ai sensi del comma 2-bis dell'art. 15 Legge 7 agosto 1990, n. 241, così come modificato dall'art. 6, comma 2, Legge n. 221 del 17 dicembre 2012.

SOTTOSCRITTORI

Per la Regione Puglia,

il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del territorio, Aldo Patruno

Per il Comune di Bari

Il Sindaco Antonio Decaro

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1617

Art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157. Approvazione programma regionale di ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici.

L'Assessore alla Sanità e al Benessere Animale, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie così come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale riferisce quanto segue.

Premesso che:

- L'articolo 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, dispone che *"Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un Fondo, con la dotazione di 2 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2020 al 2029, destinato alla ristrutturazione e alla riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici dismesse nell'anno 1999 ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180, nel pieno rispetto del carattere storico, artistico, culturale ed etnoantropologico di tali strutture"*. Il medesimo comma specifica che *"Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo, sono individuate le strutture destinatarie degli interventi e sono stabiliti le modalità e i criteri per l'assegnazione e l'utilizzo delle risorse del Fondo";*
- in attuazione della suddetta norma, con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro della cultura, firmato digitalmente il 19 maggio 2022, in corso di registrazione, sono state assegnate alla Regione Puglia, risorse complessive pari a € 1.347.918,23 - ripartite sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020, al netto delle quote relative alle Province di Trento e Bolzano, secondo le dotazioni annuali stabilite nell'allegato A, parte integrante del medesimo Decreto;
- con nota prot. 21021 del 20/10/2022 il Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha chiesto a questa Regione di presentare, in adempimento all'art. 2 del succitato Decreto, uno specifico programma, approvato con atto regionale, che riporti il fabbisogno complessivo rilevato, secondo le dotazioni annuali stabilite nell'allegato A e l'indicazione degli interventi ritenuti prioritari e oggetto del finanziamento, corredato di una relazione tecnica descrittiva degli interventi che si intendono realizzare e che contenga, per ognuno, le seguenti informazioni:
  - ubicazione, denominazione e tipologia della struttura oggetto di intervento;
  - superficie complessiva oggetto di intervento;
  - tipologia di intervento che si intende realizzare (ristrutturazione/riqualificazione energetica);
  - cronoprogramma di realizzazione degli interventi;
  - quadro economico dei singoli interventi.
  - quadro finanziario coerente con la ripartizione annuale;
- con la medesima nota prot. 21021 del 20/10/2022 il Ministero ha comunicato che in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 3 del citato Decreto, verrà stipulata una specifica convenzione tra la Direzione Generale della Programmazione sanitaria e il Legale rappresentante regionale, per definire le modalità di erogazione delle risorse ripartite secondo le dotazioni annuali stabilite nell'Allegato A.

Considerato che:

- questa Regione, con nota prot. AOO_081/1155 del 12/02/2021 di riscontro della ricognizione Ministeriale avviata con nota 1670-25/01/2021-DGPROGS-MDS-P, aveva candidato un unico complessivo intervento riguardante la riqualificazione dell'ex OPIS di Lecce, articolato in più padiglioni;

- con nota AOO_081/0002360 del 03/11/2022, a seguito della comunicazione ministeriale di avvenuta assegnazione delle risorse, questa Regione ha richiesto alla ASL di Lecce di produrre la documentazione necessaria per la redazione del programma previsto dal Decreto, nel rispetto delle risorse assegnate dal decreto di cui sopra;
- la ASL di Lecce ha trasmesso la suddetta documentazione con note prot. 0191898 del 7/11/2022 e prot. 0194198 del 10/11/2022, acquisite agli atti di questa Regione rispettivamente con n. di prot. AOO_081/PROT/08/11/2022/0002378 e AOO_081/PROT/10/11/2022/0002412;
- la proposta formulata dalla ASL di Lecce in coerenza con la dotazione finanziaria totale e annuale assegnata alla Regione Puglia riguarda un unico padiglione sito nell'ex OPIS, per un costo complessivo di € 1.340.034,00 IVA inclusa

Per tutto quanto sopra esposto, si rende necessario approvare il programma regionale di interventi di ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici dismesse ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180 (Allegato B) prendendo atto della relazione tecnica descrittiva degli interventi prodotta dalla ASL di Lecce (Allegato A).

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss. mm. ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione dei dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DI GENERE
La presente deliberazione è stata sottoposta alla valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR 302/22. L'impatto di genere stimato è: ❏ *diretto* ❏ *indiretto* ☒ *neutro*

"SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA 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.

L'Assessore alla Salute e al Benessere Animale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. d) e k) della Legge regionale n.7/1997:

1. di **prendere atto** della relazione tecnica descrittiva degli interventi trasmessa dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce, allegato A al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
2. **di approvare** la proposta di programma regionale di interventi di ristrutturazione e riqualificazione

energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici dismesse ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180 e, allegato B al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

3. di **demandare** l'iscrizione delle somme in bilancio a successivo provvedimento da adottare a seguito della stipula della convenzione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;
4. di **autorizzare** il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie all'attuazione degli adempimenti conseguenti al presente provvedimento ed in particolare di provvedere all'invio al Ministero della proposta di programma regionale di investimenti a valere sulle risorse di cui all'art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157;
5. di **delegare** il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale alla sottoscrizione della convenzione con la Direzione Generale della Programmazione sanitaria;
6. di **disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie

LA RESPONSABILE PO:
Giuditta D'Amico

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO "SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE":
Concetta Ladalardo

IL DIRIGENTE DI SEZIONE "RISORSE STRUMENTALI E TECNOLOGICHE SANITARIE":
Benedetto Giovanni Pacifico

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO "PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE":
Vito Montanaro

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ, BENESSERE ANIMALE, CONTROLLI INTERNI, CONTROLLI CONNESSI ALLA GESTIONE EMERGENZA COVID-19
Rocco Palese

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore
- viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di **prendere atto** della relazione tecnica descrittiva degli interventi trasmessa dalla Azienda Sanitaria Locale di Lecce, allegato A al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
2. **di approvare** la proposta di programma regionale di interventi di ristrutturazione e riqualificazione energetica delle strutture degli ex ospedali psichiatrici dismesse ai sensi della legge 13 maggio 1978, n. 180 e, allegato B al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
3. di **demandare** l'iscrizione delle somme in bilancio a successivo provvedimento da adottare a seguito della stipula della convenzione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute;
4. di **autorizzare** il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie all'attuazione degli adempimenti conseguenti al presente provvedimento ed in particolare di provvedere all'invio al Ministero della proposta di programma regionale di investimenti a valere sulle risorse di cui all'art. 32-sexies, comma 1 del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157;
5. di **delegare** il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale alla sottoscrizione della convenzione con la Direzione Generale della Programmazione sanitaria;
6. di **disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

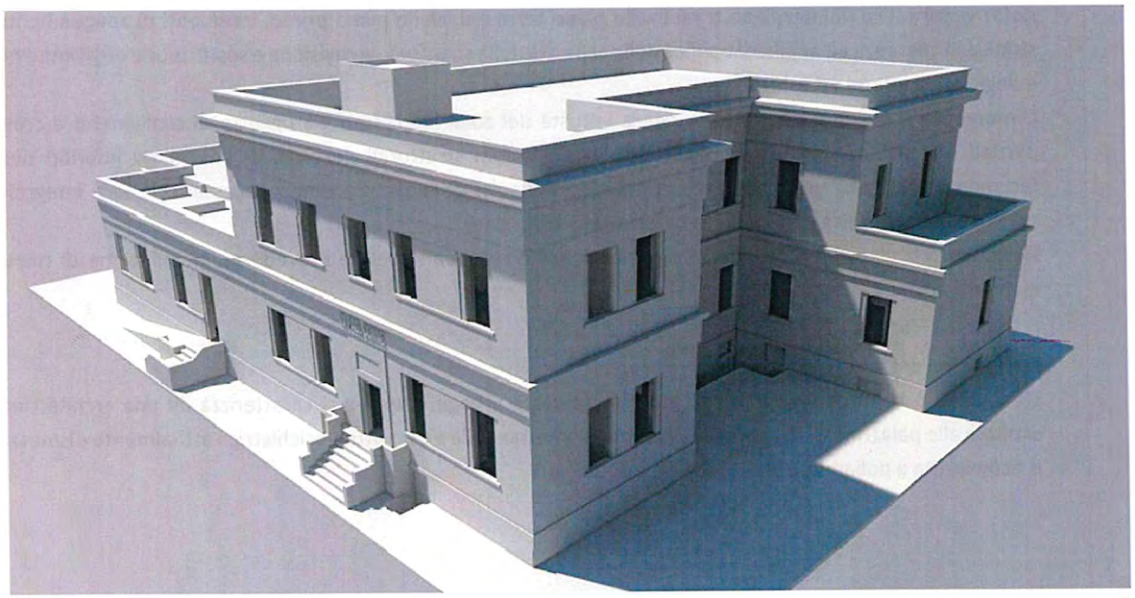
Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

Progetto di Ristrutturazione e Risanamento Strutturale della Palazzina Ex III Padiglione Donne

RELAZIONE ILLUSTRATIVA



1. <u>Ubicazione del Progetto:</u>

Poliambulatorio Cittadella della Salute
Ex III PADIGLIONE DONNE
via Miglietta Lecce (LE)

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

2. Descrizione del Progetto e Tipologia di Intervento:

Ristrutturazione con Risanamento Strutturale.

La palazzina in oggetto attualmente ospita in parte il centro vaccinazioni. Necessità di interventi strutturali urgenti e della ristrutturazione del piano terra e piano primo per la piena attivazione dei servizi.

Il progetto riguarda oltre la ristrutturazione interna, anche la sostituzione completa dei solai di copertura, il rinforzo del solaio di interpiano tra il livello piano terra e il livello piano primo, interventi di adeguamento sismico in coerenza all'analisi di verifica della capacità della struttura, la revisione e sostituzione degli impianti e degli infissi interni ed esterni.

L'intervento si rende necessario sia per la vetustà dei solai interessati già oggetto di scollamenti e crolli parziali, sia per la necessità di migliorare le prestazioni strutturali dei solai di interpiano inferiori non facilmente sostituibili integralmente. Il degrado dei solai di copertura rende necessario la loro integrale sostituzione nell'ottica di un recupero dell'intero fabbricato.

La nuova progettualità indicherà le destinazioni d'uso dei vari livelli e prevederà l'introduzione di nuovi elementi portanti compatibili.

Descrizione del fabbricato

L'immobile è ben documentato nell'aspetto esteriore e negli interni e si caratterizza da una architettura similare alle palazzine di ricovero già presenti all'interno della ex struttura psichiatrica attualmente dismessa e riconvertita a poliambulatorio nella città di Lecce.

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

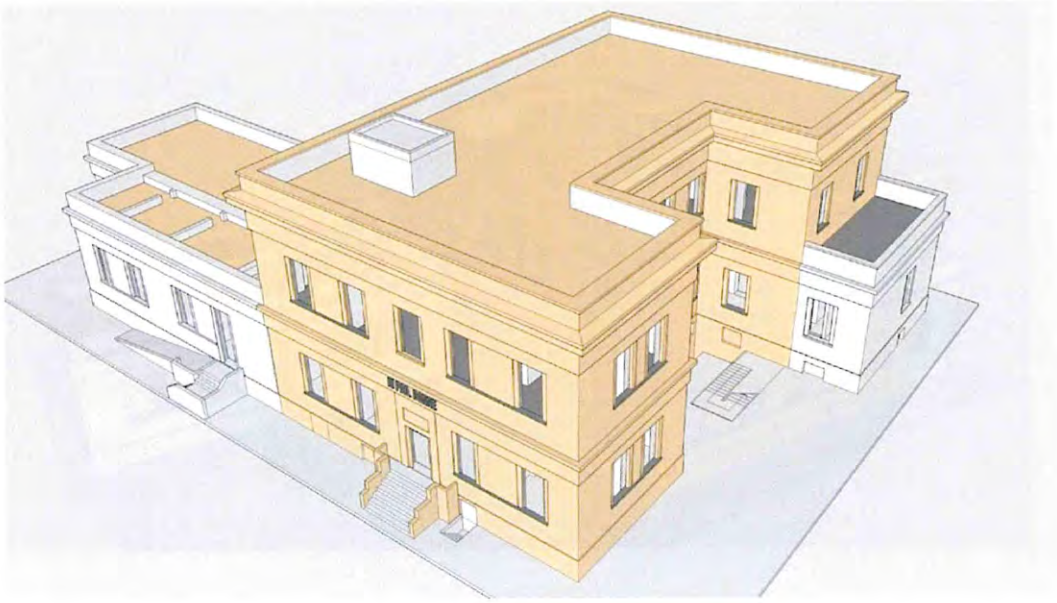
3. **Superficie complessiva oggetto di Intervento: 2000 mq c.a.**

Il fabbricato si sviluppa su tre livelli:

Piano Interrato: Presenta uno sviluppo di minori dimensioni rispetto ai piani superiori. La superficie lorda è di circa 320,00 mq di cui 52,00 realizzati durante un ampliamento sul lato nord-ovest. Ha un estradosso rialzato rispetto al piano stradale esterno di riferimento per assicurare la ventilazione a mezzo di piccole finestrature e la salubrità del piano terreno.
Al suo interno sono allocati esclusivamente gli impianti di riscaldamento (caldaie e serbatoi) e un piccolo ambiente ben intonacato in prossimità della scala interna principale, probabilmente per deposito di materiale d'uso. Alla cantina si accede, oltre che dalla scala interna, da un piccolo varco sul prospetto principale e da un secondo ingresso in prossimità della scala in ferro antincendio.
La copertura è piana con travature principali intradossate e il solaio appare ben conservato.

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

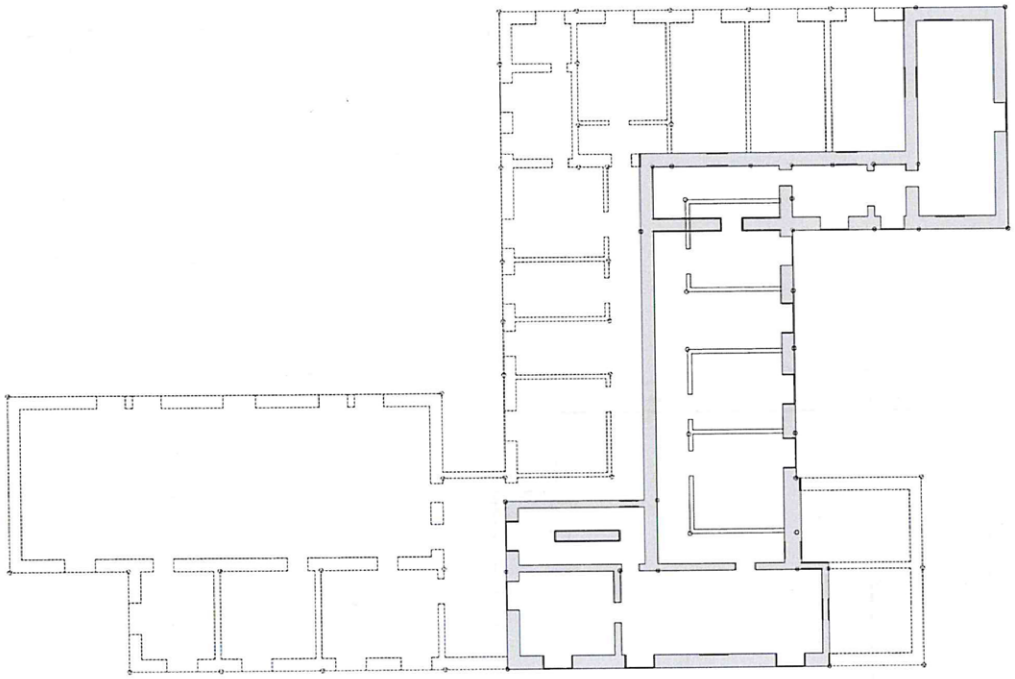


Risultano scarse le notizie storiche sullo sviluppo edilizio del complesso sanitario già denominato OPIS (Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino) e dall'esame degli elementi di facciata e dei materiali la palazzina in oggetto risulta essere una delle ultime realizzate con la vecchia tipologia della muratura portante. La necessità di ampie stanze sia per il riposo collettivo notturno, che per la socializzazione in ambiente sorvegliato hanno comportato la necessità di ambienti di grandi dimensioni voltati con solai piani e con strutture portanti affidate alle murature esterne e interne di spina.

La palazzina costituiva un autonomo blocco destinato al ricovero delle pazienti di sesso femminile al cui interno sono assicurate le funzionalità essenziali per il suo funzionamento (cucine, riscaldamento, pernottamento, vita comunitaria, servizi igienici, sorveglianza, ecc..).

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce



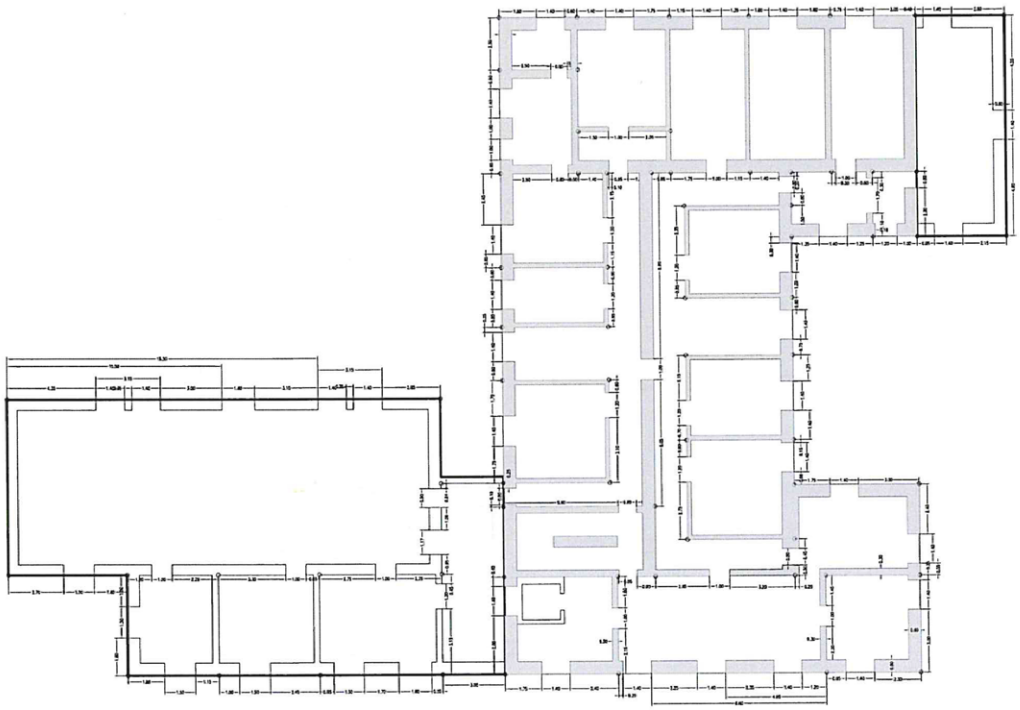
Pianto Piano Interrato

Piano Terra: Presenta il maggiore sviluppo planimetrico per una superficie lorda di 895 mq formata dal blocco originario di circa 563 mq, da un ampliamento sul lato nord-ovest di circa 52 mq e da un ampliamento sul lato sud di circa 285 mq.

L'ampliamento sul lato nord-ovest è connesso alla struttura originaria e ne copia lo stile architettonico, mentre l'ampliamento sul lato sud è in aderenza con autonoma funzionalità anche se connesso con un percorso interno.

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. *+39 0832* 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce



Pianta Piano Terra (in evidenza il blocco originario)

E' composto da due ampie stanze centrali, da refettorio, servizio igienico e sorveglianza. Negli anni passati è stato oggetto di un intervento di riutilizzo con la realizzazione di partizioni murarie per formare negli ambienti di maggiori dimensioni vani destinati ai servizi di vaccinazione, profilassi e servizi di prevenzione.
Si accede al blocco più antico dal viale centrale e da un ingresso con rampa sul lato posteriore, mentre al blocco ampliato sul lato sud si accede da propri ingressi e da un collegamento interno.

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

Piano Primo: Si sviluppa per circa 563 mq di superficie lorda unicamente sulla verticale del primo blocco originario del piano terra e presente una pressoché identica distribuzione di vani, con cameroni, refettori ed accessori. Si accede dalla scala principale che collega il piano interrato fino alle coperture superiori.

E' stato oggetto di crollo integrale e repentino la porzione di solaio indicata in rosso nella figura seguente e dopo analisi a vista è stato disposta la demolizione dei solai contermini che presentavano identica tipologia.

Pianta Piano Primo (in rosso la parte di solaio crollato)

Coperture: La copertura solare si presenta piana e lastricata di lastre di Pietra Leccese assettate su una tradizionale tufina per le necessarie pendenze di scolo. L'unico torrino di uscita dal vano scale, fortemente deteriorato, è voltato con travi di acciaio e blocchi di tufo (acciaio-pietra). Il coronamento

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

è costituito da un massiccio parapetto di circa 65 cm di spessore.
Quote tra i livelli: Il piano interrato presenta un'altezza utile media di 4,00 ml, mentre i piani superiori hanno altezza libera di circa 5,80 ml. I solai presentano uno spessore variabile da 25 a 35 cm secondo la tipologia di impiego.

4. Cronoprogramma di realizzazione

cronoprogramma totale 24 mesi:

fase 1) affidamento servizi per indagini preliminari fino alla completa esecuzione (rilievi, accertamenti, indagini sismiche, etc.) - 6 mesi;

fase 2) affidamento dei servizi di progettazione e progettazione (dall'indizione della gara fino all'approvazione del progetto esecutivo) - 6 mesi;

fase 3) affidamento lavori (dall'indizione della gara alla stipula del contratto) – 3 mesi;

fase 4) esecuzione dei lavori e collaudi - 9 mesi (180 giorni naturali e consecutivi solo per esecuzione dei lavori, di cui 4 mesi strettamente necessari per l'esecuzione materiale delle opere e altri 2 mesi per possibili pause dovute al periodo stagionale invernale).

5. Quadro Economico

QUADRO ECONOMICO				
A	Importo complessivo opere edili ed impianti (soggetti a ribasso)		1.000.000,00 €	
B	Oneri sicurezza (non soggetti a ribasso d'asta)		50.000,00 €	
C	**Totale importo lavori e oneri sicurezza**			**1.050.000,00 €**
1	IVA 10% su C			105.000,00 €
2	Spese tecniche			142.200,00 €
	a	Rilievi, accertamenti ed indagini	12.000,00 €	
	b	Spese tecniche per studio di fattibilità, progettazione, esecuzione, collaudi, sicurezza	105.000,00 €	
	c	art 113 c.2 Dlgs 50 2016	21.000,00 €	
	d	Cassa previdenziale su a	4.200,00 €	
3	IVA 22% su 2a, b, c, d			31.284,00 €
5	imprevisti			11.550,00 €
	totale somme a disposizione dell'amministrazione			**290.034,00 €**
	IMPORTO TOTALE DEL PROGETTO			**1.340.034,00 €**

REGIONE PUGLIA

ASL Lecce
PugliaSalute

AREA GESTIONE TECNICA
Via Miglietta n. 5 - 73100 Lecce
tel. +39 0832 215704 tel. +39 832 215767
email: gestec@ausl.le.it
pec: area.gestionetecnica.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it
Sito Web: https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce

6. Quadro Finanziario

Quadro finanziario di cui all'All.3 Tab di sintesi_Puglia.

IMPORTO COMPLESSIVO	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
€ 1.340.034,00	116.289,88 €	121.040,61 €	126.844,24 €	133.888,71 €	133.888,71 €	133.888,71 €	139.505,54 €	139.505,54 €	151.533,15 €	143.648,92 €

il Collaboratore Professionale Tecnico
Arch. Sara Pierri

il Referente Tecnico di Struttura
Geom. Antonio Urso

ALLEGATO B																												
DATI ANAGRAFICI							DATI IMMOBILE					INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE/RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA					STIMA COSTO AL MQ [€/mq]	COSTO COMPLESSIVO INTERVENTO IVA INCLUSA [€]	QUADRO FINANZIARIO (coerente con la dotazione annuale di cui all'allegato A - DM 19 MAGGIO 2022)										CRONOPROGRAMMA
CODICE REGIONE	REGIONE	AZIENDA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STABILIMENTO (da compilare nel caso in cui la struttura abbia più stabilimenti)	COMUNE	PROV.	PADIGLIONI DELLA STRUTTURA (nome del padiglione)	SUPERFICIE [mq]	VOLUME [mc]	ANNO DI COSTRUZIONE	ANNO DI DISMISSIONE	TIPOLOGIA INTERVENTO: RISTRUTTURAZIONE	DESCRIZIONE INTERVENTO	SUPERFICIE OGGETTO DI INTERVENTO [mq]	LIVELLO DI PROGETTAZIONE DISPONIBILE	CODICE UNICO DEL PROGETTO (CUP)			2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	
160	PUGLIA	ASL LE	PADIGLIONI EX OPIS		LECCE	LE	Dip. Di Prev (ex III pad	2.000	netto tot. 9627,00 mc (di cui fuori	fine 800	1996	SI	RISTRUTTURAZIONE ristrutturazione con risanamento struturale, adeguamento sismico, revisione e sostituzione degli impianti e degli infissi esterni ed interni	2.000	Progettazione da avviare	F84E22001910001	€ 670,02	€ 1.340.034,00	116289,88	121040,606	126844,24	133888,71	133888,71	133888,71	139505,54	139505,54	151533,15	143648,92	24 mesi

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1619

Approvazione schema Protocollo d'intesa tra REGIONE PUGLIA, PROVINCIA DI BRINDISI E COMUNE DI BRINDISI per l'avvio di un percorso partecipato finalizzato alla creazione di un nuovo modello pugliese pilota di governance partecipata, circolare e sostenibile.

L'Assessore al Turismo, Sviluppo e Impresa Turistica, Gianfranco Lopane, sulla base dell'istruttoria espletata da Funzionario P.O. "Supporto alla gestione amministrativa e contabile dei progetti CTE 2014-2020" Giuseppe Loiodice, confermata dal Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, Aldo Patruno, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- la Regione Puglia (di seguito Regione), ai sensi dell'articolo 12 del proprio Statuto, promuove e sostiene la cultura, l'arte, la musica e lo sport, tutela i beni culturali e archeologici, assicurandone la fruibilità, e riconosce nello spettacolo una componente essenziale della cultura e dell'identità regionale e ne promuove iniziative di produzione e divulgazione;
- con la L.R. n. 6 del 29/04/2004 *"Norme organiche in materia di spettacolo e norme di disciplina transitoria delle attività culturali"* è stato riconosciuto nello spettacolo e nella cultura una componente fondamentale dell'identità dei nostri territori;
- con la L.R. n. 17 del 25/06/2013 *"Disposizioni in materia di beni culturali"* è stata disciplinata la tutela e valorizzazione del patrimonio culturale per il potenziamento e il miglioramento della fruizione, della conoscenza e della conservazione di Beni culturali e dello sviluppo del territorio, al fine di promuovere percorsi di valorizzazione integrata per lo sviluppo sostenibile e la coesione sociale;
- il Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio della Regione, nelle sue funzioni in materia di indirizzo e programmazione, rapporti con gli Enti locali, regolamentazione, monitoraggio, vigilanza e controllo degli interventi in materia culturale e dello spettacolo dal vivo:

  _ presidia la pianificazione strategica in materia di spettacolo dal vivo e cultura, favorendo la costruzione di idonee forme di partenariato con gli operatori pubblici e privati del settore;

  _ è responsabile della programmazione degli interventi finanziati a valere su fondi comunitari, statali e regionali;

  _ provvede alla gestione operativa dei relativi programmi, processi e attività; indirizza, coordina, monitora e controlla le attività e gli obiettivi di risultato delle Sezioni afferenti e degli Enti regionali partecipati nelle materie di competenza; assicura il coordinamento e l'interazione trasversale con le strutture organizzative interne, con gli altri Dipartimenti regionali e con i livelli nazionali ed europei di rappresentanza istituzionale;
- la molteplicità delle iniziative realizzate in questi anni e la crescente importanza acquisita dalle stesse, anche sul piano nazionale e internazionale, richiede, per garantire il consolidamento del citato sistema, una programmazione strategica che conduca alla costruzione di un modello evolutivo di sviluppo e valorizzazione del Territorio;
- al fine di delineare la propria strategia di sviluppo culturale e, quindi, le azioni di valorizzazione, innovazione e promozione dell'intero sistema, nonché le priorità di intervento, con DGR n. 543 del 19/3/2019 la Regione ha approvato il Piano Strategico della cultura per la Puglia *PiiiL Cultura in Puglia,* sviluppato su un arco decennale 2017-2026;
- il Piano Strategico della Cultura rappresenta un mezzo di pianificazione e crescita del Territorio nel medio-lungo periodo. La Regione Puglia risulta tra le prime regioni italiane ad avvalersi in modo strutturato di tale strumento in relazione ai temi della Cultura e su un territorio vasto, differenziato e, dunque, complesso;
- con DGR n. 191 del 14/2/2017, la Regione ha altresì approvato il Piano strategico regionale del Turismo *Puglia 365* sviluppato su un arco decennale 2016/2025;

- il Piano strategico del Turismo, sviluppato parallelamente ed omogeneamente alla costruzione del Piano Nazionale del Turismo, prevede tra gli obiettivi principali: far crescere la competitività della destinazione Puglia in Italia e all'estero, aumentare i flussi di turisti internazionali, dare una spinta positiva alla destagionalizzazione, potenziare l'innovazione organizzativa e tecnologica del settore, con l'intento di aiutare i territori pugliesi ad organizzarsi per un turismo che duri tutto l'anno, promuovere la destinazione attraverso il turismo culturale.

ATTESO CHE:

- l'Amministrazione Comunale di Brindisi, con deliberazione n. 125/2021, ha adottato una strategia di destinazione con diversi obiettivi che puntano a rendere Brindisi una meta attrattiva con iniziative volte alla valorizzazione del territorio (nuovi spazi, beni, attrattori, offerte, iniziative, eventi ecc.), e ad una promozione innovativa, basata su un nuovo racconto del territorio che cambia, in linea con le più recenti tendenze del mondo del turismo, con l'attuale piano strategico regionale e la sua revisione in corso;
- nell'ambito delle attività messe in campo dall'Assessorato al Turismo di Brindisi, vi è una particolare attenzione al coinvolgimento della comunità locale nella creazione e nello sviluppo di una destinazione piacevole, sostenibile e inclusiva. Il percorso partecipato, denominato "Destinazione Brindisi", è un laboratorio aperto, per disegnare e creare insieme ad essa la risposta alle nuove esigenze dei viaggiatori e dei lavoratori da remoto, per valorizzare il potenziale esistente e realizzare nuove motivazioni per scegliere Brindisi, per vacanza, lavoro e vita;
- con l'obiettivo di rendere ulteriormente inclusivo il percorso anche a coloro che desiderano mettere a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze, come già accaduto in altri Comuni, anche il Comune di Brindisi con Delibera di Giunta Comunale n 111 del 5 maggio 2021 ha delineato le linee guida per l'istituzione di un proprio registro volontari, dedicato alle attività dell'Assessorato al Turismo, e denominato "Partecipa a Destinazione Brindisi";
- secondo una recente ricerca condotta dall'Associazione italiana nomadi digitali e da Airbnb, il turismo da smart working rappresenta un bacino di oltre 30 milioni di persone, e rispetto al turismo "classico" non risente della stagionalità, prevede una permanenza media più lunga, una capacità di spesa più alta e un notevole interesse per attività nella destinazione;
- i nomadi digitali sono in media altamente qualificati e con un alto livello di istruzione, rappresentando l'innesto di nuovo capitale umano per la crescita culturale e professionale della comunità locale.
- il target comprende inoltre anche le imprese, che sempre più stanno optando per modalità di lavoro con una maggiore flessibilità per i propri dipendenti;
- sono in crescita le destinazioni 'smart working', tra cui le Barbados, Aruba, Malta, che oltre ad una rinnovata offerta definiscono anche a livello governativo nuove policy per l'attrazione di nomadi digitali;
- a testimoniare la rilevanza di questo trend anche nel nostro Paese, nel recente decreto "Sostegni Ter" è stato introdotto il permesso di soggiorno per lavoratori extra-Ue che svolgono attività altamente qualificata con strumenti tecnologici lavorando da remoto;

CONSIDERATO CHE:

- la città di Brindisi già dal 2020 ha lanciato la campagna "SEA Working", con l'obiettivo di interrogarsi sui cambiamenti in corso individuando un'opportunità per competere con realtà turistiche più affermate rivolgendosi al target dei nomadi digitali/smart worker, all'epoca in via di definizione;
- la campagna ha raccolto 762 candidature e numerose menzioni sulla stampa nazionale ed internazionale, rendendo Brindisi città pioniera in Italia su questo tema;
- il Comune di Brindisi, in quanto capofila, nel 2022 ha inviato una candidatura all'avviso "Live and Work Anywhere", promosso da Airbnb e volto a selezionare, valorizzare e promuovere 20 destinazioni smart working al mondo;

- sono partner della candidatura la Provincia di Brindisi, i Comuni di Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino San Marco, Cisternino, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana, Latiano, Mesagne, Oria, San Donaci, San Michele Salentino, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, San Vito dei Normanni, Torchiarolo, Torre Santa Susanna, Villa Castelli, la Camera di Commercio di Brindisi, Federalberghi, Confcommercio, Confesercenti, CNA, Confindustria, STP, Marina di Brindisi, Circolo della Vela, Lega Navale, ATS;
- il Ministero delle Politiche Giovanili ha inviato una lettera di supporto in considerazione della realizzazione a Brindisi di un proprio hub pilota per la formazione sul turismo e sul mare per i giovani;
- la Regione Puglia è stata coinvolta con nota formale inviata dall'Amministrazione Comunale di Brindisi in data 18 maggio 2022 a cui è seguita risposta in data 26 maggio 2022;
- in quest'ultima missiva la Regione Puglia definisce "particolarmente interessante sperimentare progettualità che promuovano il territorio integrando cultura, creatività e territorio e coinvolgendo le comunità di "nomadi digitali", comunicando la propria disponibilità a formalizzare un'Intesa con il Comune di Brindisi per attivare la collaborazione istituzionale necessaria a raggiungere i migliori risultati";
- la candidatura è risultata ammissibile, e la provincia di Brindisi sarà tra le 20 destinazioni al mondo che avranno accesso ad una campagna di marketing internazionale e azioni per la valorizzazione dell'offerta, promossi da Airbnb, a partire da novembre 2022;
- nello specifico il progetto intende:

  1) migliorare il posizionamento della Puglia (partendo dalle aree pilota di Brindisi città e della provincia di Brindisi) incrementando i flussi incoming di nomadi digitali;

  2) incrementare la permanenza media, oltre lo standard legato al turismo classico, incentivando la presenza in periodi di destagionalizzazione;

  3) migliorare la qualità dei servizi offerti, per intercettare un'utenza medio-alto spendente;

  4) valorizzare le competenze degli operatori locali per incrementare e migliorare l'offerta turistica attraverso azioni di co-progettazione e formazione;

  5) valorizzare il tessuto sociale e imprenditoriale per ricadute economiche reali sul territorio;

  6) insistere nel marketing e nel racconto della Puglia come destinazione creativa, attrattiva, competitiva, che risponde con innovazione alle nuove sfide del mercato;
- l'Amministrazione Comunale di Brindisi, con deliberazione N° 357 del 11/11/2021, ha descritto le fasi successive del percorso partecipato per la creazione, gestione e promozione della destinazione denominato "Destinazione Brindisi", delineando l'istituzione di un tavolo dedicato all'offerta (visite, attività, escursioni) e di un tavolo sulla governance del turismo aperto a stakeholder pubblici e privati del territorio. Il tavolo di lavoro ha come primo obiettivo la costituzione di un protocollo d'intesa finalizzato alla valorizzazione turistica della destinazione Brindisi, con la possibilità, sulla base di intese e obiettivi condivisi, di creare un coordinamento più strutturato per la governance del turismo sul territorio;
- esistono ad oggi diversi modelli virtuosi di governance, management e marketing del turismo e di valorizzazione dei territori, sia a livello nazionale che internazionale, che si pongono come obiettivo anche quello di realizzare destinazioni attrattive non solo per il turismo ma anche per la comunità locale. Si citano Bologna Welcome Srl, società di gestione e promozione della destinazione Bologna, dotata di un proprio tour operator, Fondazione Arezzo in Tour, la fondazione del Comune di Arezzo per la promozione turistica della città e Milano & Partners, l'associazione per la promozione della destinazione Milano, la Fondazione di Comunità di Messina, Helsinki & Partners, la società del Comune di Helsinki che si occupa di marketing e attrazione di investimenti, con particolare attenzione per il tema della sostenibilità;
- una delle tematiche emerse nell'ambito dell'incontro sul piano strategico del turismo e della cultura dedicato al territorio di Brindisi, organizzato dalla Regione Puglia e tenutosi in data 8 luglio 2022, è l'esigenza di ripensare in modo strutturato alla governance delle destinazioni, tema su cui il nuovo piano strategico regionale prevederà un focus. Il Comune di Brindisi in tale occasione ha proposto di sperimentare nel

territorio di Brindisi il nuovo modello pubblico-privato di governance regionale dedicato alle destinazioni, e la proposta ha suscitato interesse regionale, poiché la sperimentazione potrebbe inoltre contribuire alla definizione della nuova legge regionale sul turismo.

Alla luce delle risultanze istruttorie, sussistono i presupposti di fatto e di diritto per stipulare un protocollo di intesa tra la Regione Puglia, la Provincia di Brindisi e il Comune di Brindisi per l'avvio di un percorso partecipato finalizzato alla creazione di un nuovo modello pugliese pilota di governance partecipata, circolare e sostenibile.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii, ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Il presente provvedimento sarà pubblicato in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it.

Copertura Finanziaria D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

A tal fine, l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'articolo 4, comma 4, lettera e), della L.R. n.7/1997, propone alla Giunta:

1. **Di prendere atto** di tutto quanto illustrato in premessa e che qui si intende integralmente riportato.
2. **Di approvare** il Protocollo d'intesa tra Regione Puglia, Provincia di Brindisi e Comune di Brindisi, allegato al presente provvedimento (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale.
3. **Di dare atto che** l'anzidetto Protocollo d'intesa sarà sottoscritto dal Presidente o da un suo delegato, autorizzando l'uno o l'altro ad apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione.
4. **Di prendere atto** che, laddove dalla sottoscrizione dell'allegato Protocollo d'intesa conseguano impegni di natura finanziaria, gli stessi saranno oggetto di successiva delibera della Giunta regionale.
5. **Di pubblicare** il presente provvedimento in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale ed europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL FUNZIONARIO P.O. "Supporto alla gestione amministrativa e contabile dei Progetti CTE 2014-2020"
Giuseppe Loiodice

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO TURISMO, ECONOMIA DELLA CULTURA E VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO
Aldo Patruno

L'ASSESSORE AL TURISMO, SVILUPPO E IMPRESA TURISTICA
Gianfranco Lopane

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore Gianfranco Lopane;
Viste le sottoscrizioni apposte in calce alla proposta di deliberazione;
A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. **Di prendere atto** di tutto quanto illustrato in premessa e che qui si intende integralmente riportato.
2. **Di approvare** il Protocollo d'intesa tra Regione Puglia, Provincia di Brindisi e Comune di Brindisi, allegato al presente provvedimento (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale.
3. **Di dare atto che** l'anzidetto Protocollo d'intesa sarà sottoscritto dal Presidente o da un suo delegato, autorizzando l'uno o l'altro ad apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione.
4. **Di prendere atto** che, laddove dalla sottoscrizione dell'allegato Protocollo d'intesa conseguano impegni di natura finanziari, gli stessi saranno oggetto di successiva delibera della Giunta regionale.
5. **Di pubblicare** il presente provvedimento nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

Allegato A
Proposta A04/DEL/2022/00039

Aldo Patruno
27.09.2022
15:16:38
GMT+01:00

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Regione Puglia

Provincia di Brindisi

Comune di Brindisi

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

PREMESSA

1. Le strategie di destinazione

- La Regione Puglia ha adottato “Puglia365”, il Piano Strategico del Turismo della Regione per il periodo 2016-2025, che ha visto coinvolti operatori del settore, enti locali, associazioni datoriali e sindacali, stakeholder, opinion leader locali, Università, GAL e MIBACT e che ha portato alla costruzione di una visione condivisa del turismo in Puglia, con modelli partecipati di intervento. È in corso una nuova fase di co-progettazione per l’aggiornamento delle strategie turistiche e culturali al 2030, che ha coinvolto 1041 partecipanti in presenza e più di 13.000 online.

- L’Amministrazione Comunale di Brindisi, con deliberazione n. 125/2021, ha adottato una strategia di destinazione con diversi obiettivi che puntano a rendere Brindisi una meta attrattiva con iniziative volte alla valorizzazione del territorio (nuovi spazi, beni, attrattori, offerte, iniziative, eventi ecc.), e ad una promozione innovativa, basata su un nuovo racconto del territorio che cambia, in linea con le più recenti tendenze del mondo del turismo, con l’attuale piano strategico regionale e la sua revisione in corso.

2. I processi partecipati

- La Regione Puglia, con legge regionale del 13 luglio 2017, n. 28, denominata “Legge sulla partecipazione”, persegue, tra i vari obiettivi, la finalità di promuovere la partecipazione come forma ordinaria di amministrazione e di governo della Regione in tutti i settori e a tutti i livelli amministrativi, creando maggiore inclusione e coesione sociali, superando i divari territoriali, digitali, culturali, sociali ed economici e promuovendo la capacità associativa e di stare in rete degli attori territoriali e degli enti locali.

- Nell’ambito delle attività messe in campo dall’Assessorato al Turismo di Brindisi, vi è una particolare attenzione al coinvolgimento della comunità locale nella creazione e nello sviluppo di una destinazione piacevole, sostenibile e inclusiva. Il percorso partecipato, denominato “Destinazione Brindisi”, è un laboratorio aperto, per disegnare e creare insieme ad essa la risposta

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

alle nuove esigenze dei viaggiatori e dei lavoratori da remoto, per valorizzare il potenziale esistente e realizzare nuove motivazioni per scegliere Brindisi, per vacanza, lavoro e vita.
Con l'obiettivo di rendere ulteriormente inclusivo il percorso anche a coloro che desiderano mettere a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze, come già accaduto in altri Comuni, anche il Comune di Brindisi con Delibera di Giunta Comunale n 111 del 5 maggio 2021 ha delineato le linee guida per l'istituzione di un proprio registro volontari, dedicato alle attività dell'Assessorato al Turismo, e denominato 'Partecipa a Destinazione Brindisi'.

- L'art. 15 della Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" prevede che le amministrazioni pubbliche possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

3. Destinazioni accoglienti per nomadi digitali e team di imprese

- Secondo una recente ricerca condotta dall'Associazione italiana nomadi digitali e da Airbnb, il turismo da smart working rappresenta un bacino di oltre 30 milioni di persone, e rispetto al turismo 'classico' non risente della stagionalità, prevede una permanenza media più lunga, una capacità di spesa più alta e un notevole interesse per attività nella destinazione.
I nomadi digitali sono in media altamente qualificati e con un alto livello di istruzione, rappresentando l'innesto di nuovo capitale umano per la crescita culturale e professionale della comunità locale.
Il target comprende inoltre anche le imprese, che sempre più stanno optando per modalità di lavoro con una maggiore flessibilità per i propri dipendenti.
Sono in crescita le destinazioni 'smart working', tra cui le Barbados, Aruba, Malta, che oltre ad una rinnovata offerta definiscono anche a livello governativo nuove policy per l'attrazione di nomadi digitali. A testimoniare la rilevanza di questo trend anche nel nostro Paese, nel recente decreto Sostegni Ter è stato introdotto il permesso di soggiorno per lavoratori extra-Ue che svolgono attività altamente qualificata con strumenti tecnologici lavorando da remoto.

- La città di Brindisi già dal 2020 ha lanciato la campagna 'SEA Working', con l'obiettivo di interrogarsi sui cambiamenti in corso individuando un'opportunità per competere con realtà turistiche più affermate rivolgendosi al target dei nomadi digitali / smart worker, all'epoca in via di definizione La campagna ha raccolto 762 candidature e numerose menzioni sulla stampa

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

nazionale ed internazionale, rendendo Brindisi città pioniera in Italia su questo tema.

- Il Comune di Brindisi, in quanto capofila, nel 2022 ha inviato una candidatura all'avviso 'Live and Work Anywhere', promosso da Airbnb e volto a selezionare, valorizzare e promuovere 20 destinazioni smart working al mondo.
Sono partner della candidatura la Provincia di Brindisi, i Comuni di Carovigno, Ceglie Messapica, Cellino San Marco, Cisternino, Erchie, Fasano, Francavilla Fontana, Latiano, Mesagne, Oria, San Donaci, San Michele Salentino, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, San Vito dei Normanni, Torchiarolo, Torre Santa Susanna, Villa Castelli, la Camera di Commercio di Brindisi, Federalberghi, Confcommercio, Confesercenti, CNA, Confindustria, STP, Marina di Brindisi, Circolo della Vela, Lega Navale, ATS. Infine, il Ministero delle Politiche Giovanili ha inviato una lettera di supporto in considerazione della realizzazione a Brindisi di un proprio hub pilota per la formazione sul turismo e sul mare per i giovani.
La Regione Puglia è stata coinvolta con nota formale inviata dall'Amministrazione Comunale di Brindisi in data 18 maggio 2022 a cui è seguita risposta in data 26 maggio 2022.
In quest'ultima missiva la Regione Puglia definisce 'particolarmente interessante sperimentare progettualità che promuovano il territorio integrando cultura, creatività e territorio e coinvolgendo le comunità di "nomadi digitali", comunicando la propria disponibilità a formalizzare un'Intesa con il Comune di Brindisi per attivare la collaborazione istituzionale necessaria a raggiungere i migliori risultati'.
La candidatura è risultata ammissibile, e la provincia di Brindisi sarà tra le 20 destinazioni al mondo che avranno accesso ad una campagna di marketing internazionale e azioni per la valorizzazione dell'offerta, promossi da Airbnb, a partire da novembre 2022.

Nello specifico il progetto intende:

1. Migliorare il posizionamento della Puglia (partendo dalle aree pilota di Brindisi città e della provincia di Brindisi) incrementando i flussi incoming di nomadi digitali;
2. Incrementare la permanenza media, oltre lo standard legato al turismo classico, incentivando la presenza in periodi di destagionalizzazione;
3. Migliorare la qualità dei servizi offerti, per intercettare un'utenza medio-alto spendente;
4. Valorizzare le competenze degli operatori locali per incrementare e migliorare l'offerta turistica attraverso azioni di co-progettazione e formazione;
5. Valorizzare il tessuto sociale e imprenditoriale per ricadute economiche reali sul territorio;
6. Insistere nel marketing e nel racconto della Puglia come destinazione creativa, attrattiva,

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

competitiva, che risponde con innovazione alle nuove sfide del mercato;

4. Un innovativo modello di governance per il turismo e la gestione della destinazione

- L'Amministrazione Comunale di Brindisi, con deliberazione N° 357 del 11/11/2021, ha descritto le fasi successive del percorso partecipato per la creazione, gestione e promozione della destinazione denominato 'Destinazione Brindisi', delineando l'istituzione di un tavolo dedicato all'offerta (visite, attività, escursioni) e di un tavolo sulla governance del turismo aperto a stakeholder pubblici e privati del territorio. Il tavolo di lavoro ha come primo obiettivo la costituzione di un protocollo d'intesa finalizzato alla valorizzazione turistica della destinazione Brindisi, con la possibilità, sulla base di intese e obiettivi condivisi, di creare un coordinamento più strutturato per la governance del turismo sul territorio.

- Esistono ad oggi diversi modelli virtuosi di governance, management e marketing del turismo e di valorizzazione dei territori, sia a livello nazionale che internazionale, che si pongono come obiettivo anche quello di realizzare destinazioni attrattive non solo per il turismo ma anche per la comunità locale. Sii citano Bologna Welcome Srl, società di gestione e promozione della destinazione Bologna, dotata di un proprio tour operator, Fondazione Arezzo in Tour, la fondazione del Comune di Arezzo per la promozione turistica della città e Milano & Partners, l'associazione per la promozione della destinazione Milano, la Fondazione di Comunità di Messina, Helsinki & Partners, la società del Comune di Helsinki che si occupa di marketing e attrazione di investimenti, con particolare attenzione per il tema della sostenibilità.

- Una delle tematiche emerse nell'ambito dell'incontro sul piano strategico del turismo e della cultura dedicato al territorio di Brindisi, organizzato dalla Regione Puglia e tenutosi in data 8 luglio 2022, è l'esigenza di ripensare in modo strutturato alla governance delle destinazioni, tema su cui il nuovo piano strategico regionale prevederà un focus.
Il Comune di Brindisi in tale occasione ha proposto di sperimentare nel territorio di Brindisi il nuovo modello pubblico-privato di governance regionale dedicato alle destinazioni, e la proposta ha suscitato interesse regionale, poiché la sperimentazione potrebbe inoltre contribuire alla definizione della nuova legge regionale sul turismo.

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

Tutto ciò premesso, tra le parti si concorda sulla presente intesa

Articolo 1 (Finalità generali del percorso di co-progettazione della nascente organizzazione)

La Regione Puglia, in partenariato con la Provincia di Brindisi e il Comune di Brindisi, intende creare un nuovo modello Pugliese pilota di governance partecipata e circolare della destinazione, in ottica di sostenibilità e welfare.

L'innovazione del modello consiste principalmente nei seguenti aspetti:

1. Welfare e partecipazione: convertire il turismo e l'attrazione di flussi in un beneficio reale per il territorio e per la comunità locale, puntando oltre che al viaggiatore, all'attrazione di target specifici (residenti temporanei, nomadi digitali, capitale umano e professionisti specializzati), creando di conseguenza in loco le condizioni migliori per rendere la Puglia più sostenibile, piacevole e inclusiva per la comunità locale, per nuovi residenti e per visitatori.

2. Sostenibilità e circolarità: puntare alla creazione di una destinazione sostenibile coinvolgendo nel processo le imprese locali nella realizzazione di un 'distretto energetico del turismo rinnovabile' con agevolazioni per investimenti nel turismo sostenibile

In considerazione dell'importanza che la Regione Puglia dedica alla partecipazione ed alla co-progettazione per la determinazione delle politiche locali, il presente protocollo disciplina un percorso partecipato volto alla realizzazione, attraverso un approccio bottom up, del nuovo soggetto giuridico che assumerà la governance della destinazione.

Questa iniziativa pilota contribuirà inoltre alla riorganizzazione delle competenze regionali in materia di turismo e sviluppo locale, per una migliore connessione tra la struttura regionale e i territori, coinvolgendo inoltre le imprese in un partenariato pubblico privato che contribuisca all'obiettivo non solo attraverso il supporto economico, ma anche attraverso il know-how aziendale e la messa a disposizione di risorse umane altamente qualificate.

L'area pilota del progetto sarà il territorio del Comune di Brindisi, con estensione provinciale da individuare per iniziative specifiche.

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

Il territorio è stato individuato accogliendo la proposta dell'Assessorato al Turismo del Comune di Brindisi, nel cui territorio si stanno già sperimentando iniziative innovative nell'ambito del marketing territoriale, anche in collaborazione con la Regione Puglia, come ad esempio il progetto di respiro provinciale dedicato alla destinazione Smart Working in collaborazione con Airbnb.

Una volta definito uno standard, il modello sperimentato a Brindisi potrà essere replicato in altri territori e potrebbe inoltre prevedere una regia comune a livello regionale.

Articolo 2 (Obiettivi strategici e finalità della nascente organizzazione)

L'obiettivo dell'organizzazione alla cui costituzione si tende, è quello di diventare il soggetto locale pilota competente in tema di governance della destinazione, ufficialmente riconosciuto dalla Regione Puglia per tutte le attività riguardanti la creazione, gestione e promozione della destinazione con particolare attenzione al turismo sostenibile e al welfare di destinazione.

L'ambizione è infatti creare l'anello di congiunzione tra la Regione Puglia e le agenzie regionali (Pugliapromozione, Apulia Film Commission, Puglia Sviluppo, Teatro Pubblico Pugliese, Puglia Sounds, Asset ecc.) e i territori, che possa diventare il principale interlocutore locale per l'implementazione delle politiche regionali e unico punto di riferimento per gli enti locali sui temi del turismo, del marketing territoriale e dello sviluppo della destinazione

Gli ambiti d'intervento della nascente organizzazione, con alla base i temi cardine della sostenibilità e del welfare di destinazione, a titolo esemplificativo, potranno essere:

0. CREAZIONE DI ATTRATTORI, STRATEGIE E SERVIZI
Design della destinazione sostenibile e di strategie locali per la sua realizzazione, creazione di nuovi attrattori, spazi, eventi, iniziative ed offerte

1. GESTIONE DELL'OFFERTA
Valorizzazione dell'offerta turistica, culturale e creativa, organizzazione di grandi eventi per la promozione del territorio, gestione del patrimonio culturale e dell'accoglienza, gestione di progetti strategici (come ad esempio i progetti CIS per Brindisi), mobilità sostenibile comunale e provinciale.

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

2. FORMAZIONE E IMPRESA
Valorizzazione delle competenze e accompagnamento alla creazione di nuove imprese. Il presente obiettivo si collegherà inoltre all'imminente lancio, nella città di Brindisi, del progetto MICREO, nuovo spazio di formazione e accompagnamento all'impresa dedicato al turismo e all'economia del mare promosso Dipartimento per le Politiche giovanili e il Servizio civile universale.

3. PROMOZIONE DELLA DESTINAZIONE
Attività di promozione e attrattività verso il mercato, valorizzando i brand locali in abbinamento e rafforzando la promozione del Brand Puglia. Realizzazione di materiali promozionali (online e offline), campagne di marketing, organizzazione di educational tour per giornalisti ecc.

4. ATTRAZIONE DI NOMADI DIGITALI E IMPRESE
Attrazione e creazione di servizi per l'accoglienza di nomadi digitali, smart worker, team di imprese e residenti temporanei. La prima sperimentazione avverrà anche in considerazione del progetto provinciale in collaborazione con Airbnb.

5. CREAZIONE DI UN DISTRETTO DI DESTINAZIONE RINNOVABILE
Attraverso il coinvolgimento delle grandi imprese attive sul territorio e l'incentivo all'utilizzo di impianti di energie rinnovabili nel territorio, si promuoverà la graduale realizzazione di una destinazione rinnovabile attraverso un distretto energetico per il turismo, con agevolazioni per investimenti ed imprese operanti nel turismo e nell'accoglienza. Il presente obiettivo rappresenterà il 'Progetto Brindisi', supportato dalla Regione Puglia per una riconversione del territorio in ottica di sviluppo sostenibile.

6. ATTRAZIONE DI INVESTIMENTI
Attrazione di investimenti privati, anche attraverso l'organizzazione di eventi di settore, con particolare riferimento al settore del turismo e dell'accoglienza, anche attraverso la valorizzazione del patrimonio pubblico in ottica di concessione e vendita, il supporto alla pianificazione urbana delle destinazioni e la riperimetrazione delle ZES (zone economiche speciali) per investimenti in ambito turistico

La nuova organizzazione potrà avere come attività trasversali le seguenti:

- Progettazione di candidature per l'utilizzo di fondi PNRR, CIS, Europei, nazionali e regionali
- Collaborazione con la Regione Puglia e le agenzie regionali per una efficace implementazione delle politiche regionali

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

- Attività ed eventi di coinvolgimento, co-progettazione e partecipazione della comunità locale
- Consulenza a potenziali sponsor (privati e imprese) per l'investimento e le sponsorship nelle attività dell'organizzazione (sul modello della Silicon Valley Community Foundation)

La sostenibilità della nascente organizzazione potrebbe prevedere, a titolo esemplificativo, i seguenti ambiti:

- Contributi regionali per la fase di avvio (start-up) e per iniziative specifiche
- Sponsorizzazioni da parte di soggetti pubblici
- Sponsorizzazioni da parte di soggetti privati, sia in termini di contributi ordinari da parte dei soci, che di supporto a singole iniziative, che attraverso compensazioni e la destinazione della responsabilità sociale d'impresa
- Vendita di servizi agli enti locali quali la progettazione per bandi, la realizzazione di iniziative nei territori, la gestione di beni.

Articolo 3 (Partecipazione della Regione Puglia)

In considerazione di quanto premesso, anche nell'ottica dell'aggiornamento in corso della strategia regionale sul turismo e sulla cultura, e della nuova legge regionale sul turismo, la Regione Puglia ricopre un ruolo strategico nella realizzazione del presente protocollo d'intesa.

Nello specifico, essa si impegna a:

- individuare il territorio del Comune di Brindisi, e della provincia di Brindisi per progettualità specifiche, come area pilota per la sperimentazione del nuovo modello di destinazione individuato
- accompagnare il percorso verso la costituzione di un nuovo soggetto giuridico attraverso un supporto tecnico e politico
- supportare la fase di avvio del nuovo soggetto giuridico oggetto del presente protocollo attraverso un congruo stanziamento di risorse economiche e mezzi per la fase di start-up
- supportare la realizzazione del distretto energetico per una 'destinazione rinnovabile' attraverso un team dedicato nell'ambito della realizzazione del piano strategico per Brindisi a cura dell'agenzia regionale ASSET, e la destinazione di fondi a questo progetto strategico per Brindisi
- supportare la realizzazione di iniziative specifiche per il turismo ritenute strategiche per la Regione Puglia, come ad esempio l'implementazione del progetto 'SEA Work & Live' vincitore del

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

bando internazionale per destinazioni smart working 'Work & Live Anywhere' promosso da Airbnb.

Articolo 4 (Partecipazione del Comune di Brindisi)

Nell'ambito del presente protocollo, volto alla realizzazione di un percorso 'dal basso' che possa contribuire alla riorganizzazione regionale dei compiti in materia di governance della destinazione, il Comune di Brindisi conferma la propria disponibilità ad essere il territorio pilota di tale sperimentazione, in considerazione dell'esperienza maturata attraverso il percorso partecipato ''Destinazione Brindisi', promosso dall'Assessorato al Turismo del Comune di Brindisi.

Con il fine di contribuire alla definizione del nuovo modello in collaborazione con la Regione Puglia e la Provincia di Brindisi, il Comune di Brindisi si impegna a:

- mettere a disposizione del percorso da avviare quanto sino ad ora studiato e sperimentato nell'ambito del turismo e del marketing territoriale, come anche materiale di studio e proposte strategiche per la nascente organizzazione
- il supporto e la guida dell'Assessorato al Turismo
- la possibilità di coinvolgere, per incontri, momenti di ascolto e condivisione, progettazione partecipata e supporti gratuiti al percorso, i partecipanti al tavolo partecipato dedicato all'offerta locale ed eventuali supporti volontari da attingere dal Registro volontari 'Partecipa a Destinazione Brindisi'
- il contributo dell'Assessore al Turismo alla definizione della nuova legge regionale in materia turistica, con particolare attenzione ai temi indicati nel presente protocollo

Articolo 5 (Partecipazione della Provincia di Brindisi)

La Provincia di Brindisi ha svolto un ruolo cruciale nell'ambito del coinvolgimento dei Comuni della provincia per la candidatura al bando destinazioni smart working promosso da Airbnb.
Facendo seguito all'attività svolta in tale occasione, l'ente provinciale conferma il proprio impegno nel coinvolgimento e nel coordinamento degli enti comunali della provincia per iniziative estese al territorio provinciale.

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

Articolo 6 (Attrazione di nomadi digitali e imprese)

I soggetti di cui al presente protocollo, nelle more della creazione del nuovo soggetto deputato, si impegnano a cooperare per la realizzazione di una serie di attività da attuarsi nel breve periodo, soprattutto in considerazione dell'ammissibilità della candidatura di Brindisi (comune e provincia) in rappresentanza della Regione Puglia al bando internazionale per destinazioni smart working promosso da Airbnb, che prevede l'avvio di una campagna promozionale internazionale promossa da Airbnb, che partirà il 3 novembre.

L'oggetto di tali attività sarà migliorare l'attrattività della Puglia, partendo dalla provincia di Brindisi, verso i cosiddetti lavoratori da remoto (smart worker intesi come individuali e team aziendali), con l'obiettivo di incrementare la promozione e migliorare l'offerta di servizi verso questa nuova tipologia di flussi di viaggiatori.

La candidatura ha previsto i seguenti punti salienti:

- Individuazione di un team di coordinamento e realizzazione del progetto per tutta la provincia di Brindisi;
- Individuazione di spazi pubblici gratuiti per il lavoro da remoto e di spazi privati con agevolazioni;
- Iniziative dedicate ai nomadi digitali e ai team di imprese: eventi ed iniziative per scoprire e vivere il territorio, creando occasioni di scambio, confronto e crescita per la comunità locale;
- Agevolazioni: in collaborazione con enti, associazioni di categoria ed imprese dei territori coinvolti saranno resi disponibili benefit, a titolo esemplificativo, per trasporti, per iniziative culturali e sportive e per esperienze alla scoperta del lifestyle Pugliese;
- Opportunità di vivere un'esperienza unica di alloggio e lavoro su barche a vela
- Una campagna di marketing annuale per attrarre esperti in varie discipline, per la crescita professionale e culturale dei giovani del territorio.

Gli enti coinvolti nell'attuazione del presente protocollo si impegnano nel seguente modo:

1. il Comune di Brindisi si impegna nel coordinamento generale dell'iniziativa
2. la Provincia di Brindisi si impegna nel coordinamento dei Comuni della provincia di Brindisi
3. La Regione Puglia si impegna a dare seguito all'interesse manifestato in occasione della candidatura attraverso le seguenti attività:

REGIONE PUGLIA

COMUNE DI BRINDISI

PROVINCIA DI BRINDISI

- destinando una copertura economica per n. 2 risorse umane (un incoming manager e un community manager) da destinare all'implementazione del progetto
- fornendo un supporto economico in termini di attività di promozione della destinazione smart working e campagne di marketing volte all'attrazione di nomadi digitali
- realizzando un fondo sperimentale destinato alla valorizzazione delle strutture alberghiere della provincia di Brindisi, per interventi di interior design e servizi in ottica di attrazione di nomadi digitali

Le presenti attività, saranno successivamente prese in carico dalla nascente organizzazione finalizzata alla governance di destinazione.

Articolo 7 (Entrata in vigore e durata del presente protocollo d'intesa)

Il presente protocollo d'intesa prevederà un atto consequenziale nell'ambito del quale verranno ulteriormente dettagliate le attività, gli impegni dei rispettivi enti e un cronoprogramma.

Avrà validità sino alla costituzione della nuova organizzazione pilota dedicata alla governance di destinazione, e comunque non oltre dicembre 2023.

Bari, XXX

Per la Regione Puglia _____

Per la Provincia di Brindisi _____

Per il Comune di Brindisi _____

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1620

Programma di Cooperazione Europea INTERREG V-A Grecia - Italia 2014/2020. Progetto "TheRout_Net", approvato con DGR n. 1469 del 02/08/2019. Variazione di bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022 - 2024 ai sensi dell'art. 51 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii..

L'assessore al Turismo, Sviluppo e impresa turistica, Gianfranco Lopane, sulla base dell'istruttoria espletata dai funzionari istruttori Michele D'Ambrosio, Giuseppe Tucci e Michele Cera per la parte contabile, incardinati presso il Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, confermata dal dirigente della struttura di progetto "Cooperazione Territoriale Europea e Poli Biblio-Museali" Luigi De Luca e dal Direttore, Aldo Patruno, riferisce quanto segue.

Premesso che

- In coerenza con la nuova politica europea di coesione e gli obiettivi fissati nella strategia Europa 2020, e sulla scorta delle esperienze sviluppate nei precedenti periodi di programmazione, la Cooperazione Territoriale Europea 2014-2020 punta a raggiungere un maggiore impatto degli interventi sui territori ed un utilizzo ancora più incisivo degli investimenti. Il quinto periodo di programmazione di Interreg ha un bilancio di 10,1 miliardi di euro investiti in oltre 100 programmi di cooperazione tra le regioni ed i partner territoriali, sociali ed economici. Questo budget include anche la dotazione del FESR per gli Stati membri per partecipare a programmi di cooperazione transfrontaliera esterna dell'UE sostenuti da altri strumenti (Strumento di preadesione IPA e Strumento europeo di vicinato ENI);
- nell'ambito dei Programmi di Cooperazione Territoriale Europea 2014/2020 la Regione Puglia è territorio eleggibile per i seguenti Programmi: Interreg Mediterranean, ENI CBC Med Interreg Europe, Italy-Albania-Montenegro, Greece-Italy, Italy-Croatia, Adrion;
- in data 07/11/2018, è stato pubblicato il bando per la 4^ targeted call per progetti Strategici del Programma Interreg Grecia-Italia 2014/2020 con scadenza il 01/02/2019;
- la Regione Puglia - Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio ha partecipato, in qualità di partner ad una proposta progettuale denominata "TheRout_Net - Thematic routes and networks", in partenariato con la Regione dell'Epiro con il ruolo di partner capofila, delle Isole Ioniche e della Grecia Occidentale e Soprintendenza di Achaia in qualità di partner di progetto;
- con Deliberazione n. 273 del 15/02/2019, la Giunta Regionale ha preso atto della partecipazione dei Dipartimenti alle targeted call for proposal n. 1/2/3/4/5 del Programma Interreg GRECIA/ ITALIA 2014/2020 in qualità di capofila e partner, stabilendo di dare mandato ai Dipartimenti interessati di assicurare i successivi adempimenti a seguito della eventuale approvazione a finanziamento delle stesse;
- in data 27 e 28 febbraio 2019, il Comitato di Sorveglianza del Programma Interreg Grecia/Italia 2014-2020 ha approvato le proposte candidate, tra le quali il progetto "TheRout_Net - Thematic routes and networks", della durata di 36 mesi;
- con nota prot. JS_201_2019 del 07/03/2019, il Coordinatore del Segretariato Congiunto del Programma, ha comunicato l'ammissione a finanziamento del suddetto progetto - MIS code 5041731;
- il progetto TheRout_Net sosterrà il restauro di importanti monumenti culturali e vecchie strutture, situate in posizioni strategiche, volte a creare e valorizzare il turismo e i percorsi tematici, in particolare si occuperà della creazione e/o della valorizzazione di itinerari e percorsi culturali caratterizzati da una lenta fruizione (a piedi, in bicicletta, ecc.).

Considerato che

- il progetto TheRout_Net è dotato di risorse finanziarie pari ad € 21.115.000,00, mentre la quota spettante al partner Regione Puglia è pari ad € 11.163.250,00. Dette risorse finanziarie sono coperte per l'85% dai fondi

Comunitari e per il 15% dal cofinanziamento nazionale che, a mente della Delibera CIPE n. 10/2015, per i partner italiani è coperto dal Fondo di Rotazione – ex L. 183/1987;

- per effetto di tale ripartizione, il cofinanziamento con Fondi Europei al progetto ammonta a complessivi € 9.488.762,50. In base alle regole che attengono all'implementazione delle attività di Programma, tali risorse verranno erogate ai partner di progetto nelle rispettive quote spettanti, previa erogazione in loro favore disposta dall'Autorità di Gestione del Programma, a cura del Lead Beneficiary di progetto;
- la restante quota di € 1.674.487,50 corrispondente al cofinanziamento nazionale (Fondo di Rotazione), sarà erogata alla Regione Puglia direttamente dal Ministero dell'Economia e delle Finanze- IGRUE;
- spetta al Lead Beneficiary del progetto TheRout_Net trasferire a ciascun partner di progetto la quota comunitaria di competenza, in misura corrispondente alle spese ammissibili, certificate dai singoli certificatori di primo livello nazionali previa presentazione del relativo progress report di progetto;
- con DGR n. 1469 del 02.08.2019 la Giunta Regionale ha preso atto dell'avvenuta approvazione e ammissione a finanziamento con le risorse a valere sul Programma INTERREG V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020 - Progetto TheRout_Net del quale la Regione Puglia - Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio – è Partner Beneficiary;
- con la surriferita DGR n. 1469/2019 si è preso atto che le attività da porre in essere da parte della Regione Puglia, relative al progetto TheRout_Net prevedono un budget di € 11.163.250,00 e che lo stesso è finanziato al 100% (dal FESR per l'85% dell'importo finanziato pari ad € 9.488.762,50 e per il restante 15%, pari ad € 1.674.487,50, dallo Stato, e che si è proceduto alla variazione di bilancio di previsione 2019 e pluriennale 2019-2021 ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
- la Giunta Regionale con successive Delibere nn. 683/2020 e 1457/2020 ha proceduto alla variazione di Bilancio di previsione 2020 e pluriennale 2020-2022 ai sensi dell'art. 51 del D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;
- con la DGR n. 230 del 28/02/2022, considerata la necessità di procedere ad un adeguamento contabile ripristinando la disponibilità sui capitoli di entrata e di spesa, si è disposto di:
  - disaccertare la somma complessiva di € 5.030.500,00, di cui € 4.275.925,00 sul cap. di entrata E2052205 e € 754.575,00 sul capitolo di entrata E 2052206 e disimpegnarla sui collegati capitoli di spesa U1160185 e U1160685, con la conseguente variazione, in termini di competenza e cassa, al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale ai sensi dell'art.51 comma 2 del D. Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii., come riportato nella Sezione "Copertura finanziaria";
  - istituire n. 2 (due) nuovi capitoli di "Spesa in conto capitale" - P.D.C.F. U.2.03.01.02.000;
  - istituire n. 2 (due) nuovi capitoli di trasferimenti correnti "Trasferimenti correnti a Consorzi di enti locali" - P.D.C.F. U.1.04.01.02.000;
  - iscrivere nella parte entrata e.f. 2022 la somma complessiva di € 8.748.806,69, di cui € 7.436.485,67 sul cap. di entrata E2052205 e € 1.312.321,02 sul capitolo di entrata E2052206, per:
    - € 8.100.500,00, di cui € 6.885.425,00 - quota UE 85% e € 1.215.075,00 - quota FdR 15%, per somme disaccertate e disimpegnate con la presente, collegate nella parte spesa a "Spesa in conto capitale";
    - € 85.500,00, di cui € € 72.675,00 - quota UE 85% e € 12.825,00 – quota FdR 15%, somme non accertate e non impegnate negli e.f. 2020-2021, collegate nella parte spesa a "Trasferimenti correnti a Consorzi di enti locali";
    - € 562.806,69, di cui € 478.385,69 - quota UE 85% e € 84.421,00 - quota FdR 15%, somme non accertate e non impegnate negli e.f. 2020-2021;
  - reiscrivere nella parte spesa e.f. 2022 C.N.I. "Spesa in conto capitale" - P.D.C.F. U.2.03.01.02.003, la somma complessiva di € 8.100.500,00, di cui € 6.885.425,00 - quota UE 85% e € 1.215.075,00 - quota FdR 15%;

- iscrivere nella parte spesa e.f. 2022 C.N.I. "Trasferimenti correnti a Consorzi di enti locali" - P.D.C.F. U.1.04.01.02.018, la somma complessiva di € 85.500,00, di cui € € 72.675,00 - quota UE 85% e € 12.825,00 - quota FdR 15%;
- procedere alla variazione di Bilancio, ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., nella parte spesa in termini di competenza e cassa per l'esercizio finanziario 2022, per le somme non accertate e non impegnate negli e.f. 2020 e 2021, per una rimodulazione delle somme stanziante con la DGR n. 1469/2019.

Considerato, altresì, che

- con nota prot. 004-2854 del 12/05/2022 la Project Officer del programma Interreg Grecia-Italia ha comunicato ai partner del Progetto "TheRout_Net" l'approvazione della richiesta di estensione del progetto al 30/09/2023;
- il Programma INTERREG V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020 e di conseguenza il progetto definitivo approvato, prevede il completamento di tutte le attività nell'annualità 2023 e pertanto è necessario concludere le attività in corso e avviare tutte le altre attività previste.

Tutto ciò premesso

- vista la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2022";
- vista la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 " Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024;
- visto il Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio gestionale approvato con DGR n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.";

Trattasi di progetto di cooperazione territoriale europea cofinanziato dal programma INTERREG VA GRECIA - ITALIA 2014/2020 per l'85% e dal Fondo di Rotazione per il 15%, pertanto soggetto a rimborso a seguito di rendicontazione della spesa sostenuta.

La variazione proposta con il presente provvedimento, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D. Lgs. N. 118/2011 e ss.mm.ii..

Alla luce delle risultanze istruttorie, sussistono i presupposti di fatto e di diritto per prendere atto della variazione al fine di apportare, ai sensi del combinato disposto dell'art. 51, comma 2, del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., le seguenti variazioni al Bilancio, come riportato nella parte relativa alla copertura finanziaria, a seguito della nuova data di scadenza del progetto al 30/09/2023, precisando che la variazione viene effettuata nell'invarianza della spesa complessiva e che il suddetto provvedimento non comporta maggiore spesa per l'Ente;

Verifica ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 e del D.lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.lgs. n. 101/2018 - Garanzie alla riservatezza
La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii, ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è: ❏ diretto ❏ indiretto ■ neutro

Il presente provvedimento sarà pubblicato in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it..

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

Il presente provvedimento comporta la variazione, ai sensi dell'art. 51 comma 2, del D.Lgs. n. 118/2011, al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con DGR n. 2 del 20/01/2022, come di seguito indicato:

BILANCIO VINCOLATO

Si dispone la variazione del bilancio regionale derivante dalla rimodulazione del piano finanziario approvato con DGR n. 1469/2019.

C.R.A.	13 - DIPARTIMENTO TURISMO, ECONOMIA DELLA CULTURA E VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO
	01 - DIREZIONE DIPARTIMENTO TURISMO, ECONOMIA DELLA CULTURA E VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO

Parte Entrata

Entrate ricorrenti

Codice UE: 1 – Entrate destinate ai finanziamenti dei progetti comunitari

Capitolo	Declaratoria	Titolo Tipologia	P.D.C.F.	2022	2023
E2052205	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020- quota programme funding 85% da Regione dell'Epiro per il progetto TheRout_Net	2.105	2.1.5.2.1 Altri trasferimenti correnti dal resto del mondo	- 123.552,60 €	+ 123.552,60 €

Si attesta che la copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con debitori certi: Region of Epirus, 1 Plateia Pyrrou 45211, Ioannina 452 21 (Grecia), VAT Number: 997908822, è esigibile secondo le regole dei "contributi a rendicontazione".

Titolo giuridico: Application Form e nota prot. JS_201_2019 del 07/03/2019.

Capitolo	Declaratoria	Titolo Tipologia	P.D.C.F.	2022	2023
E2052206	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020 - quota FdR 15% da Ministero dell'Economia e delle Finanze-IGRUE per il progetto TheRout_Net	2.101	E.2.1.1.1.1 Trasferimenti correnti da Ministeri	- 21.803,40 €	+ 21.803,40 €

Si attesta che la copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con debitori certi: Ministero dell'Economia e delle Finanze – IGRUE.

Titolo giuridico: Delibera Cipe 10/2015 avente ad oggetto " Definizione dei criteri di cofinanziamento pubblico nazionale dei programmi europei per il periodo di programmazione 2014-2020 e relativo monitoraggio. Programmazione degli interventi complementari di cui all'articolo 1, comma 242, della legge n. 147/2013 previsti nell'accordo di partenariato 2014-2020.

Parte Spesa

Spesa ricorrente

Missione 19 – Programma 2

Capitolo	Declaratoria	P.D.C.F.	Codice UE	Variazione E.F. 2022 Competenza e Cassa	Variazione E.F. 2023 Competenza
U1160182	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020- Spese per compensi di staff - quota UE 85% per il progetto TheRout_Net	U.1.1.1.1	3 – Spese finanziate da trasferimenti UE	+ € 1.348,20	+ € 43.094,89
U1160682	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020- Spese per compensi di staff - quota FdR 15% per il progetto TheRout_Net	U.1.1.1.1	4 – Spese finanziate da trasferimenti statali correlati ai finanziamenti UE	+ € 237,93	+ € 7.605,38
U1160183	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020 - Contributi sociali effettivi a carico dell'ente per lo staff - quota UE 85% per il progetto TheRout_Net	U.1.1.2.1	3 – Spese finanziate da trasferimenti UE	+ € 322,14	+ € 10.297,13
U1160683	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020- Contributi sociali effettivi a carico dell'ente per lo staff - quota FdR 15% per il progetto TheRout_Net	U.1.1.2.1	4 – Spese finanziate da trasferimenti statali correlati ai finanziamenti UE	+ € 56,91	+ € 1.819,11
U1160184	Programma di Cooperazione INTERREG V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020- Spese per IRAP staff - quota UE 85% per il progetto TheRout_Net	U.1.2.1.1	3 – Spese finanziate da trasferimenti UE	+ € 114,66	+ € 3.665,08
U1160684	Programma di Cooperazione INTERREG V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020 - Spese per IRAP staff - quota FdR 15% per il progetto TheRout_Net	U.1.2.1.1	4 – Spese finanziate da trasferimenti statali correlati ai finanziamenti UE	+ € 20,16	+ € 644,41
U1160185	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020- Altri servizi diversi n.a.c.- quota UE 85% per il progetto TheRout_Net	U.1.3.2.99	3 – Spese finanziate da trasferimenti UE	- €182.461,85	
U1160685	Programma INTERREG VA GRECIA-ITALIA 2014/2020 - Altri servizi diversi n.a.c.- quota FdR 15% per il progetto TheRout_Net	U.1.3.2.99	4 – Spese finanziate da trasferimenti statali correlati ai finanziamenti UE	- € 32.199,15 €	
U1160187	Programma di Cooperazione Interreg V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020 - Trasferimenti correnti a Consorzi di enti locali- quota UE 85% per il progetto TheRout_Net	U.1.4.1.2	3 – Spese finanziate da trasferimenti UE	+ € 57.124,25	+ € 66.495,50
U1160687	Programma di Cooperazione Interreg V-A GRECIA-ITALIA 2014/2020 – Trasferimenti correnti a Consorzi di enti locali- quota FdR 15% per il progetto TheRout_Net	U.1.4.1.2	4 – Spese finanziate da trasferimenti statali correlati ai finanziamenti UE	+ € 10.080,75	+ € 11.734,50

La variazione, proposta con il presente provvedimento, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii..

Agli accertamenti ed agli impegni di spesa, di cui al presente provvedimento, si provvederà con successivi atti adottati dal direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, nel rispetto dei correnti vincoli di finanza pubblica, ai sensi del principio contabile di cui all'allegato 4/2, par. 3.6, lett. e) "contributi a rendicontazione" del D. Lgs. 118/2011.

Tutto ciò premesso, l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4 comma 4°, lettera d, della L.R. n.7/97, propone alla Giunta:

1. **Di prendere atto** di quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

2. **Di apportare**, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., le variazioni al Bilancio di Previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, così come espressamente riportato nella sezione "Copertura Finanziaria", precisando che la suddetta variazione viene effettuata nell'invarianza della spesa complessiva e che il presente provvedimento non comporta maggiore spesa per l'Ente.
3. **Di autorizzare**, ai sensi dell'art. 51 comma 2) del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di Previsione 2022 e Pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione e del Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 71/2021, come indicata nella sezione "copertura finanziaria".
4. **Di dare atto** che la variazione proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs. n. 118/2011.
5. **Di demandare** al direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio ogni ulteriore adempimento consequenziale in merito all'adozione del presente provvedimento.
6. **Di approvare** l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio.
7. **Di incaricare** il Servizio Bilancio della Sezione Bilancio e Ragioneria, di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto E/1 di cui all'art. 10, comma 4 del D. Lgs. n. 118/2011 conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione.
8. **Di notificare** il presente provvedimento al Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio.
9. **Di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della normativa vigente.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

RUP del progetto TheRout_Net:
Michele D'Ambrosio

IL RESPONSABILE P.O. "Monitoraggio e controllo":
Giuseppe Tucci

IL FUNZIONARIO P.O. "Supporto alla gestione tecnica e all'avanzamento fisico e procedurale dei Progetti CTE 2014/2020": *Michele Cera*

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA DI PROGETTO "Cooperazione Territoriale Europea e Poli Biblio-Museali":
Luigi De Luca

IL DIRETTORE di Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio:
Aldo Patruno

L'ASSESSORE all'Industria turistica e Culturale:
Gianfranco Lopane

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Turismo, Sviluppo e impresa turistica, Gianfranco Lopane;

Viste le sottoscrizioni apposte in calce alla proposta di deliberazione;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. **Di prendere atto** di quanto espresso in narrativa e che qui si intende integralmente riportato.
2. **Di apportare**, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., le variazioni al Bilancio di Previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, così come espressamente riportato nella sezione "Copertura Finanziaria", precisando che la suddetta variazione viene effettuata nell'invarianza della spesa complessiva e che il presente provvedimento non comporta maggiore spesa per l'Ente.
3. **Di autorizzare**, ai sensi dell'art. 51 comma 2) del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di Previsione 2022 e Pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione e del Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 71/2021, come indicata nella sezione "copertura finanziaria".
4. **Di dare atto** che la variazione proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs. n. 118/2011.
5. **Di demandare** al direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio ogni ulteriore adempimento consequenziale in merito all'adozione del presente provvedimento.
6. **Di approvare** l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio.
7. **Di incaricare** il Servizio Bilancio della Sezione Bilancio e Ragioneria, di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto E/1 di cui all'art. 10, comma 4 del D. Lgs. n. 118/2011 conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione.
8. **Di notificare** il presente provvedimento al Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio.
9. **Di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della normativa vigente.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

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 A04/DEL/2022/00046

Aldo Patruno
25.10.2022 12:31:32 GMT+01:00

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO		DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
MISSIONE	***19***	***Cooperazione territoriale***					
		Amministrazione, gestione e funzionamento delle attività connesse alla realizzazione dei progetti regionali di cooperazione transfrontaliera (inclusi quelli di cui all'obiettivo 3) finanziati con le risorse comunitarie.					
Programma	2						
Titolo	1	Spese Correnti	residui presunti				
			previsione di competenza			**145.356,00**	
			previsione di cassa			**145.356,00**	
Totale Programma	2	Amministrazione, gestione e funzionamento delle attività connesse alla realizzazione dei progetti regionali di cooperazione transfrontaliera (inclusi quelli di cui all'obiettivo 3) finanziati con le risorse comunitarie.	**residui presunti**				
			previsione di competenza			**145.356,00**	
			previsione di cassa			**145.356,00**	
TOTALE MISSIONE	***19***	***Cooperazione territoriale***	**residui presunti**				
			previsione di competenza			**145.356,00**	
			previsione di cassa			**145.356,00**	
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			**residui presunti**				
			previsione di competenza			**145.356,00**	
			previsione di cassa			**145.356,00**	
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			**residui presunti**				
			previsione di competenza			**145.356,00**	
			previsione di cassa			**145.356,00**	

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA		DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
TITOLO	**II**	**TRASFERIMENTI CORRENTI**					
Tipologia	101	Trasferimenti correnti da Regioni e province autonome	residui presunti	0,00			0,00
			previsione di competenza	0,00		123.552,60	0,00
			previsione di cassa	0,00		123.552,60	0,00
Tipologia	101	Trasferimenti correnti da Regioni e province autonome	residui presunti	0,00			0,00
			previsione di competenza	0,00		21.803,40	0,00
			previsione di cassa	0,00		21.803,40	0,00
TOTALE TITOLO	**II**	**TRASFERIMENTI CORRENTI**	**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
			previsione di competenza	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**
			previsione di cassa	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
			previsione di competenza	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**
			previsione di cassa	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
			previsione di competenza	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**
			previsione di cassa	**0,00**		**145.356,00**	**0,00**

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

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
A04	DEL	2022	46	14.11.2022

PROGRAMMA DI COOPERAZIONE EUROPEA INTERREG V-A GRECIA - ITALIA 2014/2020. PROGETTO #THEROUT_NET", APPROVATO CON DGR N. 1469 DEL 02/08/2019. VARIAZIONE DI BILANCIO DI PREVISIONE 2022 E PLURIENNALE 2022-2024 AI SENSI DELL'ART. 51 DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II..

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 17-11-2022 13:02:54
Seriale certificato: 645975
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Dirigente

DR. NICOLA PALADINO

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
SerialNumber =
TINIT-
C = IT

REGIONE PUGLIA – SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1621

Autorizzazione a sanatoria della missione all'estero – Brussels, 10-18 ottobre 2022 per la partecipazione al "EIP on AHA Reference Sites Award Ceremony 10/10/2022" dell'Assessora Rosa Barone.

L'Assessore al Welfare, dott.ssa Rosa Barone, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente ad interim della Sezione Inclusione Sociale Attiva, riferisce quanto segue:

VISTI:

- la DGR n. 1082 del 26/07/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale" la quale fissa le modalità autorizzative delle missioni all'estero dei dirigenti e del personale regionale;
- l'articolo 3 della L.R. 42/1979 "Trattamento economico di missione e di trasferimento del personale regionale";
- la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";
- la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";
- la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione."

CONSIDERATO CHE:

- il giorno 11 ottobre 2022 si è tenuto a Bruxelles l'evento intitolato "4th Call for AHA Reference Sites – Award Ceremony" in occasione del quale l'Assessora al Welfare della Regione Puglia è stata invitata, quale relatrice, alla Tavola Rotonda "Aligning Regional Policies and Priorities towards Developing Smart, Healthy, and Age-friendly environments", allo scopo di presentare e illustrare l'esperienza della Regione Puglia nel campo delle politiche sociali, nonché allo scopo di operare un confronto costruttivo tra l'esterienze di Welfare della Regione Puglia e i sistemi del welfare di altri Stati dell'Unione Europea.

PRESO ATTO:

- dell'importanza dell'iniziativa, all'interno della quale Regione Puglia è stata, tra l'altro, premiata per le azioni che sta realizzando in tema di invecchiamento attivo;
- che, a causa di una serie di problematiche connesse alla migliore organizzazione della missione, era stata già redatta una proposta di deliberazione di autorizzazione alla missione all'estero, non andata a buon fine, perché perfezionata quando i lavori della Giunta erano già terminati e, pertanto, non è stato possibile individuare sedute di Giunta utili ai fini della prescritta autorizzazione preventiva per le missioni all'estero per gli Assessori regionali;
- pertanto, della necessità, in ossequio al dispositivo di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", di autorizzare a sanatoria la missione del Assessore per le giornate dal 10 al 12 ottobre u.s., per la relativa spesa di trasferta, vitto e alloggio, pari a complessivi € 2.000.

TANTO PREMESSO E CONSIDERATO, è necessario autorizzare a sanatoria la missione del Assessore al Welfare della Regione Puglia, per le giornate dal 10 al 12 ottobre 2022, per la relativa spesa di trasferta, vitto e alloggio, pari a complessivi € 2.000,00.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonchè la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previstedalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonchè dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento

regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

Il presente provvedimento comporta una spesa di **€ 2.000,00** a carico del Bilancio Autonomo Regionale, da finanziare con le disponibilità del capitolo **U0001220** "Rimborso spese di trasferta per missioni dei rappresentanti degli organi istituzionali" Esercizio Finanziario 2022, C.R.A. 10.05, Missione 1 - Programma 01 - Titolo 1 - Macroaggregato: 03. Piano dei Conti Finanziario: U.1.03.02.01.000.

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii..

Agli adempimenti contabili di impegno e di spesa provvederà la Sezione Inclusione Sociale Attiva nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e degli equilibri di Bilancio di cui al D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Al rimborso delle spese di missione provvederà l'economo di plesso, previa presentazione della relativa documentazione giustificativa delle spese in questione, mediante l'utilizzo dei fondi assegnati sui pertinenti capitoli di bilancio.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4 comma 4, lett. d) della L.R.7/1997, propone alla Giunta Regionale:

1. di prendere atto e approvare quanto riportato in narrativa;
2. di **autorizzare a sanatoria** , giusta Del di G.R n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", la partecipazione dell'Assessore al Welfare, Rosa Barone, all'evento "4th Call for AHA Reference Sites – Award Ceremony" che si è tenuto a **Bruxelles** il giorno 11 ottobre 2022;
3. di **autorizzare a sanatoria** la missione all'estero dell'Assessore al Welfare, Rosa Barone, ai fini della partecipazione all'Evento "de quo";
4. di **dare atto** che la spesa complessiva per la copertura della trasferta tenutasi per il periodo 10/18 Ottobre 2022, ammonta ad € 2.000 e che la stessa trova copertura nelle risorse disponibili al capitolo del Bilancio Autonomo U0001220 ;
5. di **prendere atto** che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
6. di demandare al Dirigente ad interim della Sezione Inclusione Sociale Attiva, l'adozione di tutti gli atti conseguenti al presente deliberato;
7. di **pubblicare** il presente provvedimento nel BURP in versione integrale, ai sensi della normativa vigente.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale ed europea, e che il presente schema di provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Dirigente ad interim della Sezione
Inclusione Sociale Attiva

(Dott.ssa Laura Liddo)

La Direttrice NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di deliberazione ai sensi del DPGR 22/2021
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO WELFARE
(Avv. Valentina Romano)

Sottoscrizione del soggetto politico proponente

L'ASSESSORA AL WELFARE:
Dott.ssa Rosa BARONE

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Welfare, Rosa Barone;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto e approvare quanto riportato in narrativa;
2. di **autorizzare a sanatoria** , giusta Del di G.R n. 1082/2002 "Missioni all'estero da parte dei dirigenti e del personale regionale. Direttive", la partecipazione dell'Assessore al Welfare, Rosa Barone, all'evento "4th Call for AHA Reference Sites – Award Ceremony" che si è tenuto a **Bruxelles** il giorno 11 ottobre 2022;
3. di **autorizzare a sanatoria** la missione all'estero dell'Assessore al Welfare, Rosa Barone, ai fini della partecipazione all'Evento "de quo";
4. di **dare atto** che la spesa complessiva per la copertura della trasferta tenutasi per il periodo 10/18 Ottobre 2022, ammonta ad € 2.000 e che la stessa trova copertura nelle risorse disponibili al capitolo del Bilancio Autonomo U0001220 ;
5. di **prendere atto** che l'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
6. di demandare al Dirigente ad interim della Sezione Inclusione Sociale Attiva, l'adozione di tutti gli atti conseguenti al presente deliberato;
7. di **pubblicare** il presente provvedimento nel BURP in versione integrale, ai sensi della normativa vigente.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
PRI	DEL	2022	41	14.11.2022

AUTORIZZAZIONE A SANATORIA DELLA MISSIONE ALL'ESTERO # BRUSSELS, 10-18 OTTOBRE 2022 PER LA PARTECIPAZIONE AL #EIP ON AHA REFERENCE SITES AWARD CEREMONY 10/10/2022" DELL'ASSESSORA ROSA BARONE.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:

Responsabile del Procedimento

PO - CARMEN PARTIPILO

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA

Firmato digitalmente da REGINA STOLFA
C = IT
Data e ora della firma: 16/11/2022 10:26:04

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1622

Del. G.R. n. 352 del 26.02.2019. Applicazione dell'Avanzo di Amministrazione ai sensi dell'art. 42 comma 8 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. e variazione al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

L'Assessore al Welfare, di concerto con il Vice Presidente con delega al Bilancio, per la parte relativa alla autorizzazione degli spazi finanziari, sulla base dell'istruttoria espletata dai funzionari responsabili e dal Dirigente del Servizio Inclusione sociale attiva, accessibilità dei servizi sociali, contrasto alle povertà e Asp, così come confermata dal Dirigente ad interim della Sezione Inclusione Sociale Attiva, 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 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. 42 comma 8 del d.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., relativo all'applicazione dell'Avanzo di Amministrazione;
- ✓ la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";
- ✓ la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";
- ✓ la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione;
- ✓ la D.G.R. n. 47 del 31/01/2022, con cui la Giunta Regionale ha determinato il risultato di amministrazione presunto dell'esercizio finanziario 2021 sulla base dei dati contabili preconsuntivi

PREMESSO CHE:

- il Programma Operativo Puglia 2014-2020 (FESR-FSE) all'Obiettivo Tematico IX fissa gli obiettivi generali di intervento e le priorità di investimento per l'attuazione di una più ampia strategia regionale per il contrasto alle povertà e per l'inclusione sociale attiva di persone svantaggiate sotto il profilo economico, con disabilità, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione;
- in relazione alle priorità di investimento di cui agli Assi VIII e IX del POR Puglia 2014-2020, con legge regionale n. 3 del 14 marzo 2016, "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva", la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, nel rispetto dell'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana;
- in questo contesto, la Giunta Regionale ha provveduto alla approvazione del regolamento attuativo della legge regionale, il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 pubblicato sul BURP n. 72/2016, assicurando la maggiore coerenza con i criteri di selezione delle operazioni, con i target di destinatari, con le fasi procedurali di selezione di cui al Documento "Metodologia e Criteri per la selezione delle operazioni" approvato dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020 nella seduta dell'11 marzo 2016;
- il suddetto regolamento è stato integrato e modificato con il reg. R. n. 2/2018, a seguito della messa a regime del Reddito di Inclusione (REI) nazionale, di cui al D.Lgs. 147/2017;
- l'intervento del Reddito di Dignità si caratterizza per una specifica strategicità in quanto sostiene l'interesse pubblico ad accrescere l'efficacia degli interventi per il contrasto alla povertà estrema, adottati a livello nazionale, anche in coerenza con quanto disposto dal Decreto-legge 28 gennaio

2019 n. 4, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2019 e recante "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni";

- con Del. G.R. n. 352 del 26/02/2019 la Giunta Regionale ha disposto l'applicazione di indirizzi transitori e ha disposto che a far data dal 1° marzo 2019 i pagamenti spettanti ai beneficiari del reddito di Dignità saranno effettuati direttamente dalla Regione, per conto degli Ambiti territoriali e sulla base dei dispositivi di pagamento periodicamente trasmessi dagli stessi Ambiti territoriali, mediante bonifico disposto dal Servizio di Tesoreria Regionale sugli IBAN dei singoli beneficiari come comunicati dagli interessati.

RILEVATO CHE:

- la convenzione per il Servizio di Tesoreria Regionale, sottoscritta il 18 maggio 2018, prevede che i bonifici disposti in favore di soggetti privati sono realizzati a titolo oneroso, sia pure concordato e calmierato;
- che la durata della predetta convenzione è stata prorogata sino al 31/05/2022
- si rende necessario evitare che detti oneri possano essere posti a carico dei cittadini beneficiari del Reddito di Dignità, con detrazione dell'importo spettante, e quindi si rende necessario individuare una fonte di copertura della spesa con oneri a esclusivo carico della Regione.

CONSIDERATO CHE:

- nell'annualità 2022, al fine di chiudere tutte le pendenze riferite al servizio di tesoreria, si è provveduto ad effettuare ricognizione delle spese riferite ai bonifici emessi in favore di cittadini ammessi al RED a valere su tutti i capitoli dai quali sono transitati nel 2022 pagamenti RED, così come di seguito esplicitati:

Azione	Capitolo Quota UE	Capitolo Quota Stato	Capitolo Quota Regione	Autonomo
FSE Azione 9.1	U1165912	U1166912	U1167912	
FSE Azione 9.4	U1165942	U1166942	U1167942	
POC Azione 9.1		U1504029	U1504030	
POC Azione 9.4		U1504031	U1504032	
Red bilancio autonomo				U1214026

- da una stima realizzata di concerto con il servizio di tesoreria è emersa la necessità di provvedere a rimborsi per bonifici RED competenza 2022 in favore del Tesoriere per circa € 40.000,00
- si rende necessario provvedere all'applicazione di risorse a titolo di avanzo vincolato a valere sul cap U1210012 a copertura degli oneri connessi all'emissione dei bonifici bancari in favore dei cittadini ammessi alla misura RED per la competenza 2022;

TANTO PREMESSO E CONSIDERATO, è necessario:

- provvedere all'applicazione dell'avanzo vincolato per € 40.000,00, derivante dalle economie vincolate formatesi negli esercizi precedenti sul capitolo di spesa U0785050 collegato al capitolo di entrata E2037215, per stanziare il capitolo di spesa U1210012 – Missione 12, Programma 10. Titolo 1 Macroaggregato 3 (PdC: 1.03.02.17.000) denominato "FNPS – "Azioni sperimentali e innovative a titolarità regionale- Spese per servizio di tesoreria pagamenti ReD";
- apportare la variazione al bilancio di previsione annuale 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con Del. G.R. n. 2 del 20/01/2022, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii, così come specificato nella sezione "copertura finanziaria" del presente provvedimento;

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07.03.2022 L'Impatto di Genere stimato è ☐ diretto ☐ indiretto x neutro

<u>Copertura Finanziaria di cui al d.lgs. 118/2011 e alla legge regionale n. 28/2001 e smi</u>

Il presente provvedimento comporta **l'applicazione dell'Avanzo di Amministrazione**, ai sensi dell'art. 42 comma 8 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., corrispondente alla somma di € 40.000,00 derivante dalle economie vincolate formatesi sul capitolo di spesa U0785050 collegato al capitolo di entrata E2037215, e la conseguente variazione, in termini di competenza e cassa.

L'Avanzo applicato è destinato alla variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio regionale 2022 e pluriennale 2022-2024, approvato con L.R. n. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, come di seguito indicato:

BILANCIO VINCOLATO

CRA	**CAPITOLO**		**Missione Programma Titolo**	**P.D.C.F.**	**VARIAZIONE E. F. 2022**	**VARIAZIONE E. F. 2022**
					Competenza	**Cassa**
APPLICAZIONE AVANZO DI AMMINISTRAZIONE					+ € 40.000,00	0,00
66.03	U1110020	FONDO DI RISERVA PER SOPPERIRE A DEFICIENZE DI CASSA (ART.51, L.R. N. 28/2001).	20.01.1	U.1.10.01.01.000	0,00	- € 40.000,00
61.02	U1210012	"FNPS – *"Azioni sperimentali e innovative a titolarità regionale- Spese per servizio di tesoreria pagamenti ReD"*;	12.10.1	U.1.03.02.17.000	+ € 40.000,00	+ € 40.000,00

L'operazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Il dirigente della Sezione Inclusione Sociale Attiva provvederà all'impegno e alla liquidazione delle somme con successivi atti.

L'Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'articolo 4, comma 4, lett. d) della L.R. 7/1997 propone alla Giunta:

1 Di approvare la relazione esposta in narrativa, e che qui si intende integralmente riportata.

2 Di applicare l'Avanzo di Amministrazione Vincolato, ai sensi dell'art. 42 comma 8 del D.Lgs. n.118/2011

e ss.mm.ii., derivante dalle economie vincolate formatesi sul capitolo di spesa U0785050 collegato al capitolo di entrata E2037215.

3 Di apportare la variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio regionale 2022 e pluriennale 2022-2024, approvato con l.r. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del d. lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., così come indicata nella sezione "copertura finanziaria" del presente atto.

4 Di dare atto che la copertura finanziaria rinveniente dall'applicazione dell'avanzo di amministrazione del presente provvedimento, pari a complessivi € 40.000,00, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

5 Di dare mandato al Dirigente della Sezione Inclusione Sociale Attiva per l'adozione di tutti gli adempimenti conseguenti alla presente deliberazione ivi compresi gli atti di impegno della spesa.

6 Di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio.

7 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.

8 Di pubblicare integralmente la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia

Sottoscrizioni dei responsabili della struttura proponente

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Titolare della Posizione Organizzativa
"Responsabile di sub-azione 9.1"
(Dott. Emanuele Pepe)

Il Titolare della Posizione Organizzativa
"Responsabile di sub-azione 9.4"
(Dott.ssa Valentina Donati)

La Dirigente del Servizio
Inclusione Sociale Attiva, Accessibilità dei servizi sociali, contrasto alla povertà e ASP
(Dott.ssa Caterina Binetti)

Il Dirigente ad interim della Sezione Inclusione Sociale Attiva
(Dott. ssa Laura Liddo)

Il sottoscritto direttore NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di deliberazione ai sensi del DPGR 22/2021

Il Direttore del Dipartimento Welfare
(Avv. Valentina Romano)

Sottoscrizioni dei soggetti politici proponenti

L'ASSESSORA AL WELFARE: Dott.ssa Rosa BARONE

IL VICE-PRESIDENTE, 'ASSESSORE AL BILANCIO E ALLA PROGRAMMAZIONE: Avv. Raffaele PIEMONTESE

DELIBERARAZIONE DELLA GIUNTA

LA GIUNTA

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

DELIBERA

1 Di approvare la relazione esposta in narrativa, e che qui si intende integralmente riportata.

2 Di applicare l'Avanzo di Amministrazione Vincolato, ai sensi dell'art. 42 comma 8 del D. Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii., derivante dalle economie vincolate formatesi sul capitolo di spesa U0785050 collegato al capitolo di entrata E2037215.

3 Di apportare la variazione, in termini di competenza e cassa, al Bilancio regionale 2022 e pluriennale 2022-2024, approvato con l.r. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del d. lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., così come indicata nella sezione "copertura finanziaria" del presente atto.

4 Di dare atto che la copertura finanziaria rinveniente dall'applicazione dell'avanzo di amministrazione del presente provvedimento, pari a complessivi € 40.000,00, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

5 Di dare mandato al Dirigente della Sezione Inclusione Sociale Attiva per l'adozione di tutti gli adempimenti conseguenti alla presente deliberazione ivi compresi gli atti di impegno della spesa.

6 Di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio.

7 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.

8 Di pubblicare integralmente la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia

Il Segretario Generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

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 2022 (*)	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022 (*)
Disavanzo d'amministrazione								
MISSIONE		**12**	**Diritti Sociali, Politiche Sociali e Famiglia**					
	Programma	10	**Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia**					
	Titolo	1	**spese correnti**	residui presunti				
				previsione di competenza		40,000,00		
				previsione di cassa		40,000,00		
Totale Programma		**10**	**Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia**	**residui presunti**				
				previsione di competenza		40,000,00		
				previsione di cassa		40,000,00		
TOTALE MISSIONE		**12**	**Diritti Sociali, Politiche Sociali e Famiglia**	**residui presunti**				
				previsione di competenza		40,000,00		
				previsione di cassa		40,000,00		
MISSIONE		**20**	**Fondi e accantonamenti**					
	Programma	1	Fondo di riserva					
	Titolo	1	Spese correnti	residui presunti				
				previsione di competenza				
				previsione di cassa			40,000,00	
Totale Programma		**1**	**Fondo di riserva**	**residui presunti**				
				previsione di competenza				
				previsione di cassa			40,000,00	
TOTALE MISSIONE		**20**	**Fondi e accantonamenti**	**residui presunti**				
				previsione di competenza				
				previsione di cassa			40,000,00	
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA				**residui presunti**				
				previsione di competenza		40,000,00		
				previsione di cassa		40,000,00	40,000,00	
TOTALE GENERALE DELLE USCITE				**residui presunti**				
				previsione di competenza		40,000,00		
				previsione di cassa		40,000,00	40,000,00	

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2022 (*)	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022 (*)
Fondo pluriennale vincolato per spese correnti						
Fondo pluriennale vincolato per spese in conto capitale						
Utilizzo Avanzo d'amministrazione				40,000,00		
TITOLO						
Tipologia		residui presunti				
		previsione di competenza				
		previsione di cassa				
TOTALE TITOLO		**residui presunti**				
		previsione di competenza				
		previsione di cassa				
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA		**residui presunti**				
		previsione di competenza		40,000,00		
		previsione di cassa				
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE		**residui presunti**				
		previsione di competenza		40,000,00		
		previsione di cassa				

(*) La compilazione della colonna può essere rinviata, dopo l'approvazione della delibera di variazione di bilancio, a cura del responsabile finanziario.

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

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
PRI	DEL	2022	42	14.11.2022

DEL. G.R. N. 352 DEL 26.02.2019. APPLICAZIONE DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AI SENSI DELL'ART. 42 COMMA 8 DEL D. LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II. E VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2022 E PLURIENNALE 2022-2024, AI SENSI DELL'ART. 51, COMMA 2 DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 14-11-2022 11:42:01
Seriale certificato: 6d5075
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Dirigente

DR. NICOLA PALADINO

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
SerialNumber = TINIT-
C = IT

REGIONE PUGLIA SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1623

Accordo quadro Regione Puglia e FAI – Fondo per l'Ambiente Italiano ETS. - Approvazione schema di Accordo.

Il Presidente della Giunta Regionale Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dalla funzionaria Loredana Pezzuto, titolare della P.O. "Supporto alla gestione dei Poli Biblio-museali regionali" della Struttura di Progetto "Cooperazione Territoriale Europea e Poli Biblio-museali", confermata dal Dirigente della Struttura Luigi De Luca, dal dirigente della Sezione Sviluppo Innovazione Reti, Mauro Paolo Bruno, e dal Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della cultura e Valorizzazione del Territorio Aldo Patruno, riferisce quanto segue:

PREMESSO che:

- il "Codice dei beni culturali e del paesaggio" D. Lgs. N. 42/2004 all'art. 6 favorisce e sostiene la partecipazione dei soggetti privati, singoli o associati, alla valorizzazione del patrimonio culturale;
- la Regione Puglia, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del proprio Statuto, "promuove e sostiene la cultura, l'arte, la musica e lo sport, tutela i beni culturali e archeologici, assicurandone la fruibilità";
- la legge regionale n. 17 del 25.06.2013 "Disposizioni in materia di beni culturali" disciplina gli interventi della Regione e degli Enti locali al fine di assicurare, tra gli altri, la promozione della conoscenza, salvaguardia, conservazione e valorizzazione del patrimonio culturale e, in particolare, all'art. 5 stabilisce che la Regione "opera congiuntamente con gli enti locali, promuove e favorisce intese con lo Stato e con soggetti pubblici e privati .... al fine di creare il sistema regionale integrato dei beni culturali";
- in attuazione della legge n. 56/2014 (cd. legge Del Rio), ai sensi della legge regionale n. 9/2016 "Disposizioni per il completamento del processo di riordino previsto dalla legge regionale 30 ottobre 2015, n. 31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale)" la Regione Puglia ha assunto la titolarità delle funzioni esercitate dalle Province in materia di valorizzazione dei beni culturali e in materia di biblioteche, musei e pinacoteche;
- in attuazione del richiamato contesto normativo si è proceduto all'istituzione, per ciascuna delle Province pugliesi, di un Polo Biblio-Museale con finalità di cura e valorizzazione del patrimonio culturale rispettivamente gestito, nell'ambito di una politica unitaria di livello regionale coordinata dal Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio della Regione Puglia;
- nello spirito della Convenzione di Faro il Dipartimento pone alla base delle proprie determinazioni e dei propri progetti l'assunto che la cultura è fatta da luoghi e persone: i luoghi della cultura non hanno un valore in sé ma un valore relazionale, cioè il valore che i cittadini attribuiscono loro. Essi diventano attori dei luoghi, partecipano alla loro valorizzazione e favoriscono il dialogo e la comprensione reciproca tra comunità diverse, classi sociali e diverse generazioni;
- il FAI, Fondazione privata senza scopo di lucro, riconosciuta con DPR del 03.12.1975 n. 941, e iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo settore rep. n. 2092 ha come scopo esclusivo l'educazione e l'istruzione della collettività alla difesa dell'ambiente e del patrimonio artistico e monumentale;
- è riconosciuto lo straordinario e significativo impegno del FAI nel sostegno alla conoscenza, alla conservazione e alla valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio italiano in collaborazione anche con gli uffici del Ministero della Cultura sul territorio e nelle sedi centrali;
- la presenza del **FAI** nella promozione, cura e gestione del patrimonio culturale italiano è testimoniata da:

- investimenti in restauri per oltre 138 milioni di euro dal 1975 ad oggi;
- attività di sensibilizzazione e educazione a livello nazionale, come le “Giornate FAI di Primavera” e le “Giornate FAI d’Autunno” e “I Luoghi del Cuore”, censimento popolare che permette ai cittadini di segnalare al FAI i luoghi da non dimenticare e ha portato ad interventi mirati di restauro e valorizzazione;
- attività di sensibilizzazione e educazione a livello territoriale grazie alle Delegazioni FAI diffuse su tutto il territorio e composte da volontari;

- al FAI è stata affidata nel 2012 dalla Provincia di Lecce l’Abbazia di Santa Maria di Cerrate mediante una concessione di servizi per la gestione e la valorizzazione del complesso architettonico;
- le attività del FAI di sensibilizzazione delle comunità e della cittadinanza attiva si collocano con la massima coerenza nell’ambito dei principi della Convenzione di FARO, recentemente ratificata dal Parlamento Italiano, in ordine alla gestione dell’eredità culturale, con l’impegno degli stati a promuovere un approccio integrato e bene informato da parte delle istituzioni pubbliche in tutti i settori e a tutti i livelli”, a “sviluppare metodi innovativi affinché le autorità pubbliche cooperino con altri attori”, a “rispettare e incoraggiare iniziative volontarie che integrino i ruoli delle autorità pubbliche”, a “incoraggiare organizzazioni non governative interessate alla conservazione dell’eredità ad agire nell’interesse pubblico”;

CONSIDERATO che

- l’intenzione del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio della Regione Puglia e del FAI di procedere alla stipula di un accordo di collaborazione per la valorizzazione la promozione del patrimonio culturale della Puglia si colloca nell’ambito del suddetto quadro normativo statale “Codice dei beni culturali e del paesaggio” D. Lgs. N. 42/2004, in attuazione della L.R. n. 17/2013 recante “Disposizioni in materia di beni culturali”; della L.R. n. 9/2016 recante “Disposizioni per il completamento del processo di riordino previsto dalla legge regionale 30 ottobre 2015, n. 31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale)”, che ha previsto il trasferimento alla Regione delle funzioni ex provinciali in materia di valorizzazione dei beni culturali e in materia di biblioteche, musei e pinacoteche; della strategia prevista dal Piano strategico regionale della Cultura PiiiL Cultura in Puglia 2017-2026;

- l’Accordo è finalizzato a sviluppare sinergie inerenti ai temi della salvaguardia, valorizzazione e gestione del patrimonio culturale pugliese e della tutela del paesaggio, diffondendo le buone pratiche e contribuendo alla sensibilizzazione delle comunità territoriali su tali tematiche, con particolare attenzione ai piccoli Comuni e alle “aree interne”;

- l’accordo include forme di collaborazione per accedere a fonti di incentivazione e di finanziamento in ambito nazionale e comunitario per le attività condivise dalle Parti;

TUTTO CIÒ PREMESSO

Si ritiene che, alla luce delle risultanze istruttorie sopra descritte, sussistano i presupposti di fatto e di diritto per **approvare** lo schema di Accordo tra la Regione Puglia e il FAI – Fondo per l’Ambiente Italiano ETS relativo alla collaborazione per la valorizzazione e la promozione del patrimonio culturale della Puglia allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022

L'impatto di genere stimato è:
❏ diretto
❏ indiretto
X neutro

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

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata o spesa né a carico del bilancio regionale né a carico di Enti per cui i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato in versione integrale nel BURP e sul sito istituzionale www.regione.puglia.it

Il Presidente, relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate ai sensi dell'articolo 4 della L.R. 7/1997, propone alla Giunta:

1. **di prendere atto** e approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;
2. **di approvare** lo schema di Accordo tra la Regione Puglia e il il FAI – Fondo per l'Ambiente Italiano ETS relativo alla collaborazione per la valorizzazione e la promozione del patrimonio culturale della Puglia allegato al presente atto (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale;
3. **di delegare** il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio alla sottoscrizione del Protocollo, che potrà apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione;
4. **di affidare** ai dirigenti delle Sezioni del Dipartimento Turismo Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, ciascuno per le proprie competenze e con il supporto della Struttura di Progetto "Cooperazione Territoriale Europea e Poli Biblio-museali", il compito di dare attuazione al Protocollo d'Intesa qui approvato;
5. **di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul portale della Regione Puglia, www.regione.puglia.it.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie

L'istruttore P.O. "Supporto alla gestione dei Poli Biblio-museali regionali"
Loredana Pezzuto

Il Dirigente della Struttura di progetto "Cooperazione territoriale europea e poli biblio-museali"
Luigi De Luca

Il Dirigente della Sezione Sviluppo, Innovazione e Reti
Mauro Paolo Bruno

Il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio
Aldo Patruno

Il Proponente
Presidente della Giunta Regionale
Michele Emiliano

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente proponente Michele Emiliano;

viste le sottoscrizioni apposte in calce alla proposta di deliberazione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. **Di prendere atto** e approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato.
2. **Di approvare** lo schema di Accordo tra la Regione Puglia e il FAI – Fondo per l'Ambiente Italiano ETS relativo alla collaborazione per la valorizzazione e la promozione del patrimonio culturale della Puglia allegato al presente atto (Allegato A) per farne parte integrante e sostanziale.
3. **Di delegare** il Direttore del Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio alla sottoscrizione del Protocollo, che potrà apportarvi eventuali modifiche di carattere meramente formale qualora fosse necessario in fase di sottoscrizione.
4. **Di affidare** ai dirigenti delle Sezioni del Dipartimento Turismo Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio, ciascuno per le proprie competenze e con il supporto della Struttura di Progetto "Cooperazione Territoriale Europea e Poli Biblio-museali", il compito di dare attuazione al Protocollo d'Intesa qui approvato.
5. **Di disporre** la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul portale della Regione Puglia, www.regione.puglia.it.

Il Segretario Generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA - DIPARTIMENTO TURISMO ECONOMIA DELLA CULTURA E VALORIZZAZIONE DEL TERRITORIO

e

FAI – Fondo per l'Ambiente Italiano ETS

ACCORDO QUADRO

di collaborazione per la valorizzazione la promozione del patrimonio culturale della Puglia

Aldo Patruno
10.11.2022
15:23:11
GMT+01:00

Il Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio della Regione Puglia, rappresentato dal Direttore, Dott. Aldo Patruno

e

il FAI - Fondo per l'Ambiente Italiano ETS (d'ora in poi "FAI"), rappresentato dal Direttore Generale, Dott. Davide Usai;

PREMESSO CHE

- il **Dipartimento** cura la valorizzazione del patrimonio artistico, storico ed architettonico regionale, presidia la cooperazione territoriale, la valorizzazione turistica, promuove la cultura e lo spettacolo nel territorio, l' attrattività del territorio; - gestisce e attua le opportune politiche di marketing territoriale, gestisce le linee di sviluppo del settore turistico pugliese al fine di accrescerne l' attrattività e la competitività nel contesto internazionale, trasforma il vasto patrimonio culturale tangibile ed intangibile pugliese da mero centro di costo in una delle principali sorgenti di valore economico per la Regione;
- nello specifico, la**Sezione ValorizzazioneTerritoriale**presidia la pianificazione strategica in materia di interventi di valorizzazione del patrimonio culturale riferibile alla Regione e la **Sezione Sviluppo Innovazione Reti** presidia l'innovazione applicata a reti di beni culturali.
- Il Dipartimento è responsabile della programmazione degli interventi finanziati a valere su fondi comunitari, statali e regionali; provvede alla gestione operativa dei relativi programmi, processi e attività; indirizza, coordina, monitora e controlla le attività e gli obiettivi di risultato dei Servizi afferenti e degli Enti regionali partecipati nelle materie di competenza;
- nello spirito della **Convenzione di Faro,** il Dipartimento pone alla base delle proprie determinazioni e dei propri progetti l'assunto che:
  - la cultura è fatta da luoghi e persone: i luoghi della cultura non hanno un valore in sé ma un valore relazionale, cioè il valore che i cittadini attribuiscono loro. Essi diventano attori dei luoghi, partecipano sala loro valorizzazione e favoriscono il dialogo e la comprensione reciproca tra comunità diverse, classi sociali e diverse generazioni;

- **i territori,** da luoghi attrattori di forza lavoro industriale, dovranno diventare ambienti in cui qualificare nuove forme di sperimentazione: le economie della conoscenza, le nuove identità multiculturali e le culture dell'innovazione. Di conseguenza, l'urbanistica basata sul consumo di suolo e la sottrazione di qualità ambientale deve riconfigurarsi verso strategie sostenibili e resilienti di rigenerazione urbana.

- L'obiettivo è quindi quello di reinventare i centri abitati pugliesi attraverso politiche che sappiano interpretare i flussi sociali che li riguardano, moltiplicando le opportunità di sperimentazione creativa e di rigenerazione urbana;
- questa visione concorre a validare il principio secondo il quale il recupero e la trasformazione culturale dei borghi antichi pugliesi si caratterizza come un vero proprio piano di recupero della loro identità storica, ovvero chiama in causa l'intero tessuto circostante, lo conduce a "prendere atto" di una porzione di centro abitato sinora non letta nella sua giusta visione e che raccoglie lo scopo di rendere turisticamente competitivo ogni piccolo Comune;
- il FAI, Fondazione privata senza scopo di lucro, riconosciuta con DPR del 03.12.1975 n. 941,e iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo settore rep. n. 2092 ha come scopo esclusivo l'educazione e l'istruzione della collettività alla difesa dell'ambiente e del patrimonio artistico e monumentale;
- nella propria storia il **FAI** ha restaurato e valorizzato 70 beni, di cui 54sono oggi regolarmente aperti al pubblico;
- la presenza del **FAI** nella promozione, cura e gestione del patrimonio culturale italiano è testimoniata da:
    - investimenti in restauri per oltre 138 milioni di euro dal 1975 ad oggi;
    - attività di sensibilizzazione e educazione a livello nazionale, come le "Giornate FAI di Primavera" e le "Giornate FAI d'Autunno" e "I Luoghi del Cuore",censimento popolare che permette ai cittadini di segnalare al FAI i luoghi da non dimenticare eha portato ad interventi mirati di restauro e valorizzazione;
    - attività di sensibilizzazione e educazione a livello territoriale grazie alle Delegazioni FAI diffuse su tutto il territorio ecomposte da volontari;
- al FAI è stata affidata nel 2012 dalla Provincia di Lecce l'Abbazia di Santa Maria di Cerrate mediante una concessione di servizi per la gestione e la valorizzazione del complesso architettonico

CONSIDERATO CHE

- nella fase attuale di rideterminazione legislativa delle attività del Terzo settore, con riferimento sia alla gestione dei beni culturali sia alla disciplina sul lavoro dipendente e sul volontariato, è opportuno valorizzare al massimo le potenzialità del FAI per la sensibilizzazione, la conoscenza, il recupero e la valorizzazione del patrimonio culturale italiano, in particolare di quello meno noto e poco fruito;
- le attività del FAI di sensibilizzazione delle comunità e della cittadinanza attiva si

collocano con la massima coerenza nell'ambito dei principi della Convenzione di FARO, recentemente ratificata dal Parlamento Italiano, in ordine alla gestione dell'eredità culturale, con l'impegno degli stati a promuovere un approccio integrato e bene informato da parte delle istituzioni pubbliche in tutti i settori e a tutti i livelli", a "sviluppare metodi innovativi affinché le autorità pubbliche cooperino con altri attori", a "rispettare e incoraggiare iniziative volontarie che integrino i ruoli delle autorità pubbliche", a "incoraggiare organizzazioni non governative interessate alla conservazione dell'eredità ad agire nell'interesse pubblico";

- l'impegno del FAI non risulta ad oggi incardinato nell'ambito di accordi quadro con la Regione Puglia.

RICONOSCIUTO

lo straordinario e significativo impegno del FAI nel sostegno alla conoscenza, alla conservazione e alla valorizzazione del patrimonio culturale e del paesaggio italiano in collaborazione anche con gli uffici del Ministero della Cultura sul territorio e nelle sedi centrali;

CONCORDANO quanto segue.

Art.1

(Premesse)

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo e si considerano integralmente riportate nel presente articolo.

Art. 2

(Oggetto e finalità)

Le Parti, nell'ambito dei rispettivi compiti e funzioni, manifestano, con la sottoscrizione del presente Accordo, il comuneinteresse a sviluppare sinergie inerenti aitemi della salvaguardia, valorizzazione e gestione del patrimonio culturale pugliese e della tutela del paesaggio, anche in termini di innovazione delle interazioni tra gli attori della filiera finalizzata a qualificare l'ecosistema culturale e turistico, diffondendo le buone pratiche e contribuendo alla sensibilizzazione delle comunità territoriali su tali tematiche, con particolare attenzione ai piccoli Comuni e alle "aree interne".

Tali finalità risultano, altresì, connesse al:

- potenziamento delle capacità turistico-attrattive del territorio;
- recupero e valorizzazione di percorsi e i camminamenti tipici che hanno un elevato grado di panoramicità e valore culturale.

Tali sinergie includono anche forme di collaborazione per accedere a fonti di incentivazione e di finanziamento in ambito nazionale e comunitario per le attività condivise dalle Parti.

Art. 3

(Ambiti di intervento specifici)

Le Parti perseguono le finalità indicate all'art. 2 del presente atto anche attraverso la

stipula di Convenzioni operative volte, in conformità agli orientamenti sull'applicazione del principio DNSH "non arrecare un danno significativo" (2021/C58/01), a raggiungere obiettivi specifici che concorrono all'attuazione del presente Accordo.

Ambiti specifici di collaborazione saranno:

- recupero di spazi pubblici di relazione con i beni culturali esistenti, al fine di garantirne una completa e piena fruibilità e dotarlo di decoro intervenendo sugli elementi di arredo urbano;
- promozione del recupero e riutilizzo di edifici abbandonati, fatiscenti e/o dismessi mediante l'introduzione di attività compatibili con l'ambito storico;
- recupero evalorizzazione dell'identità artigianale della città, al fine di incrementare l'economia locale;
- recupero e valorizzazionedi percorsi e i camminamenti tipici che hanno un elevato grado di panoramicità e valore culturale;
- sostegno e promozione di azioni di valorizzazione dei siti pugliesi maggiormente votati nell'ambito del Censimento "I Luoghi del cuore".
- incentivazione delle attività turistico-attrattive del territorio anche in termini di innovazione e gestione sostenibile;

Art. 4

(Riservatezza)

Le Parti si impegnano a far rispettare ai propri dipendenti la massima riservatezza sui dati, sulle informazioni e sui risultati dell'attività oggetto del presente Accordo, di cui siano venuti, in qualsiasi modo, a conoscenza.

Art. 5

(Trattamento dei dati)

Le Parti si impegnano reciprocamente a provvedere al trattamento e alla custodia dei dati personali/informazioni - sia su supporto cartaceo che informatico - relativi all'espletamento di attività in qualunque modo riconducibili al presente Accordonel pieno rispetto delle misure e degli obblighi imposti dal Reg. UE 2016/679 e unicamente per le finalità connesse all'esecuzione dell'Accordo medesimo.

Art. 6

(Durata e recesso)

Il presente Accordo Quadro ha una durata pari a cinque anni a decorrere dalla data di sottoscrizione dello stesso.

Ciascuna Parte ha la facoltà di recedere, in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, dalpresente Accordo mediante comunicazione scritta da inviarsi all'altra a mezzo PEC con un preavviso di 60 (sessanta) giorni.

Art. 7

(Modifiche all'Accordo)

Le Parti potranno apportare eventuali modifiche al presente Accordo, aventi ad oggetto

adeguamenti a rilevanti e mutate esigenze delle stesse, solo congiuntamente ed in forma scritta.

Art. 8

(Foro competente)

Per qualunque controversia, diretta o indiretta, che dovesse insorgere tra le Parti in ordine all'interpretazione e/o esecuzione del presente Accordo, sarà competente, in via esclusiva, il Foro di Roma.

Art. 9

(Comunicazioni)

Le comunicazioni relative al presente Accordo dovranno essere inviate alla sede operativa del FAI ed alla Direzione generale.

Art. 10

(Attività negoziale)

Le Parti dichiarano espressamente che il presente Accordo è stato oggetto di trattativa interamente e in ogni sua singola parte. Non trovano quindi applicazione gli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile imposti dal D. Lgs. 196/2003.

Bari – Milano, lì ……..

Il presente Accordo è firmato digitalmente da

Per la **Regione Puglia** Il Direttore di Dipartimento Dott. Aldo Patruno	Per il **FAI- Fondo per l'Ambiente Italiano ETS** Il Direttore Generale Dott. Davide Usai

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 novembre 2022, n. 1624

Patto per la Puglia. Intervento "Puglia sicura e legale". Variazione al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del d.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore, dal titolare PO "Politiche Migratorie" e confermata dal dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino, politiche per le Migrazioni, Antimafia Sociale, riferisce quanto segue:

PREMESSO CHE:

con Delibera del 7 dicembre 2020, n. 1974, la Giunta Regionale ha approvato l'adozione del modello organizzativo denominato "MAIA 2.0";

il predetto provvedimento prevede, alle dirette dipendenze della Segreteria Generale della Presidenza, la Sezione "Sicurezza del Cittadino, Politiche per le Migrazione ed Antimafia Sociale", con il compito di coordinarne le attività relative ai temi di propria competenza.

con D.P.G.R. n. 22 del 22.01.2021 è stata emanata l' "Adozione atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";

con il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 sono state dettate le 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 con l'obiettivo di garantire la raccordabilità dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio degli enti territoriali con quelli adottati in ambito europeo;

con la Legge Regionale n.53 del 23 dicembre 2014 "Bilancio di previsione per l'E.F. 2015 e Bilancio Pluriennale 2015 – 2017", sono state dettate le norme in attuazione del D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

l'art. 51, comma 2, del D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii. prevede che "Nel corso dell'esercizio la giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione";

VISTO:

la L.R. n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2022."

la L.R. n.52 del 30/12/2021 " Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024."

la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione."

CONSIDERATO:

La Legge di Stabilità n.190 del 23 dicembre 2014 all'art. 1 comma 703 ha stabilito le procedure di programmazione delle risorse del Fondo per lo Sviluppo e Coesione (FSC) 2014-2020. Con deliberazione n. 667 del 16 maggio 2016 la Giunta Regionale ha individuato e approvato un elenco di interventi relativi al "Patto per la Puglia" considerati prioritari e strategici per la Regione Puglia atteso il loro ruolo trainante per lo sviluppo del territorio. Con delibera n. 25 del 10 agosto 2016 il CIPE, oltre ad aver definito le regole di funzionamento del Fondo Sviluppo e Coesione, ha individuato le aree tematiche su cui impiegare la dotazione finanziaria del Fondo che per la Regione Puglia sono le seguenti: a) Infrastrutture, b) Ambiente, c) Sviluppo economico e produttivo, d) Turismo, cultura e valorizzazione delle risorse naturali, e) Occupazione, inclusione sociale e lotta alla povertà , istruzione e formazione. Con delibera n. 26 del 10 agosto 2016 il CIPE ha stabilito la ripartizione delle risorse per ciascun "Patto" da realizzarsi nelle Regioni e nelle Città Metropolitane e ha definito

le modalità di attuazione degli stessi, prevedendo per ogni Patto un Comitato con funzioni di sorveglianza, un organismo di certificazione e un sistema di gestione e controllo In data 10 settembre 2016 è stato sottoscritto tra il Governo e la Regione Puglia, il "Patto per la Puglia" la cui dotazione finanziaria, a valere sulle risorse FSC 2014-2020, è determinata in € 2.071.500.000. Con delibera n. 545 dell'11 aprile 2017 la Giunta regionale, prendendo atto del Patto per lo Sviluppo della Regione Puglia sottoscritto in data 10 settembre 2016 tra il Presidente del Consiglio dei Ministri e il Presidente della Regione Puglia e dell'elenco degli interventi allegato al medesimo, ha apportato la necessaria variazione al bilancio per assicurare lo stanziamento delle maggiori entrate a valere sulle risorse FSC 2014-2020 al netto degli importi già stanziati con Deliberazioni di Giunta regionale specifiche, nonché degli importi relativi ai progetti di completamento del PO FESR 2007-2013. Tra gli interventi inseriti, nell'ambito del settore "Occupazione, inclusione sociale e lotta alla povertà", è presente un progetto denominato "Puglia sicura e legale" finalizzato alla promozione di azioni a favore della legalità e del rafforzamento delle azioni a sostegno dell'immigrazione. Alla luce dell'evoluzione registratasi negli ultimi mesi, la dotazione finanziaria inizialmente prevista di € 1.400.000 risulta insufficiente per far fronte ai fabbisogni emersi sul territorio pugliese che richiedono azioni più ampie e tempestive in riferimento agli interventi di accoglienza e di inclusione rivolti agli immigrati.

Alla luce di tali sopravvenute esigenze, la Regione Puglia, con nota prot. 021 n. 2986 del 26/05/2017 del Capo di Gabinetto della Presidenza, ha chiesto al "Comitato di indirizzo e controllo per la gestione del Patto per la Puglia" istituito ai sensi dell'art. 5 del Patto medesimo, di rimodulare l'allocazione finanziaria complessiva, incrementando le risorse già a disposizione del progetto "Puglia sicura e legale" di € 4.500.000 programmando di conseguenza la nuova dotazione finanziaria complessiva dell'intervento che ammonta a € 5.900.000. Alla variazione su indicata si provvede attraverso la rimodulazione della dotazione finanziaria degli interventi sottoindicati:

Interventi Patto per la Puglia	**Dotazione iniziale**	**Dotazione finanziaria rimodulata**
Interventi di completamento Area tematica "Infrastrutture"	€ 30.212.385	€ 28.712.385
Interventi di completamento Area tematica "Ambiente"	€ 20.898.155	€ 19.398.155
Intervento "Aiuti agli investimenti delle imprese" –Area tematica "Sviluppo economico e produttivo	€ 193.397.669	€ 191.897.669

Il "Comitato di indirizzo e controllo" nella riunione del 12 giugno u.s. ha condiviso la suindicata richiesta di rimodulazione della Regione Puglia esprimendo parere favorevole, confermando inoltre che tale rimodulazione, risultando inferiore al 2% dell'assegnazione complessiva disposta dal Patto, segue le modalità di attuazione previste dal paragrafo 3, comma g, della Nota Informativa della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche di Coesione - concernente le modalità di funzionamento del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020.

Pertanto, alla luce di quanto sopra, con provvedimento di Giunta Regionale n. 984/2017, ha rimodulato la dotazione finanziaria del progetto "Puglia sicura e legale" aumentando le risorse a disposizione da € 1.400.000,00 a € 5.900.000.00 e prelevando la nuova dotazione dagli interventi sotto specificati:

Interventi Patto per la Puglia	Dotazione iniziale	Variazione	Dotazione finanziaria rimodulata
Interventi di completamento Area tematica "Infrastrutture"	€ 30.212.385	- € 1.500.000	€ 28.712.385
Interventi di completamento Area tematica "Ambiente"	€ 20.898.155	- € 1.500.000	€ 19.398.155
Intervento "Aiuti agli investimenti delle imprese" –Area tematica "Sviluppo economico e produttivo	€ 193.397.669	- € 1.500.000	€ 191.897.669
Intervento "Puglia sicura e legale"	€ 1.400.000	+ 4.500.000	€ 5.900.000

Col medesimo provvedimento è stata apportata la variazione al Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2017 e pluriennale 2017-2019, al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio Finanziario

Gestionale 2017-2019 ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 come integrato dal D. Lgs. n. 126/2014.

PRESO ATTO CHE:

Con Atto Dirigenziale n. 31 del 20/07/2017, la competente Sezione Gestione Integrata Acquisti ha proceduto, tra l'altro, alla aggiudicazione del Lotto 2 e del Lotto 3 della Gara comunitaria a procedura ristretta ai sensi dell'art. 61 del D.lgs. n. 50/2016 finalizzata all'aggiudicazione, ai sensi dell'art. 95, comma 4, del citato decreto, per l'affidamento della fornitura di "foresterie per lavoratori migranti stagionali nelle provincie di Lecce e Foggia" Lotto 2 e Lotto 3, per un importo complessivo pari a € 2.132.096,40, comprensivo di IVA e conseguentemente ad impegnare tale somma:

A fronte di tale impegno, sul pertinente cap. di spesa U*303000, la spesa successivamente sostenuta per tale fornitura è stata pari a € 2.089.418,36

PRESO ATTO, INOLTRE, CHE:

nel corso dell'e.f. 2021 non sono state accertate e impegnate tutte le risorse stanziate con DDGGRR n. 545/2017, n.906/2017 e n. 984/2017 per assenza di obbligazioni giuridicamente vincolanti perfezionate.

Permangono tuttavia i presupposti giuridici degli originari stanziamenti ai capitoli di entrata e di spesa relativi a FSC 2014-2020 che vanno, tuttavia, re-iscritti in bilancio sulla base delle obbligazioni che si perfezionano nel corrente esercizio con esigibilità negli e.f. 2022-2024, per un importo pari a € 163.935,19, previa riduzione di accertamento e di impegno assunti con l'atto 150/2017/31come meglio dettagliato nella Sezione Copertura finanziaria.

Riepilogo somme non accertate e non impegnate.

CAPITOLO	TOTALE MANDATI	IMPEGNI RESIDUI	TOTALE IMPEGNATO
U0303000	4.560.886,89	42.678,04	4.603.564,93
U0303001	43.221,67	-	43.221,67
U0303003	484.438,65	47.517,60	531.956,25
U0303004	-	-	-
U0303005	399.996,70	3,30	400.000,00
U0303006	200.000,00	-	200.000,00
TOTALE	5.688.543,91	90.198,94	5.778.742,85
IMPORTO PREVISTO FINANZIAMENTO			5.900.000,00
IMPORTO NON ACCERTATO/IMPEGNATO			121.257,15

PERTANTO:

la situazione contabile risulta essere, come meglio dettagliato nella sezione finanziaria, la seguente:

TOTALE SOMME NON ACCERTATE E NON IMPEGNATE NEGLI ESERCIZI PRECEDENTI	121.257,15
SOMME DERIVANTI DA RIDUZIONE ACCERTAMENTO E IMPEGNO	42.678,04

VERIFICA AI SENSI DEL DLG.s. 196/03
Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia

di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5 maggio 2006, n. 5 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile.

Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

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

Il presente provvedimento comporta la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvati con DGR n. 2 del 20/01/2022, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii., previa riduzione di accertamento e di impegno, come di seguito specificato:

BILANCIO VINCOLATO

CRA	**03 - SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA** **05 - Sezione - Sicurezza Del Cittadino, Politiche Per Le Migrazioni E Antimafia Sociale**

1. Procedere alla riduzione:

- ✓ **dell'accertamento n. 6018009594 (atto 150/2017/31) importo da ridurre 42.678,04**
- ✓ **dell'impegno di spesa n. 3019007708 (atto 150/2017/31) importo da ridurre 42.678,04**

2. variazione al bilancio regionale

Parte I^ - ENTRATA

CRA	Capitolo di entrata	Declaratoria	Tipo Tipologia	Codifica piano dei conti finanziario	Variazione bilancio di previsione EF 2022 Competenza e Cassa
03.05	2032430	FSC 2014-2020 - PATTO PER LO SVILUPPO DELLA REGIONE PUGLIA - TRASFERIMENTI CORRENTI	2.101	E.2.01.01.01.001	+ **163.935,19**

- Il Titolo giuridico che supporta il credito: 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: Ministero dell'Economia e Finanze.

Parte II^ - SPESA

CRA	Capitolo di entrata	Declaratoria	Missione Programma Titolo	Codifica piano dei conti finanziario	Variazione bilancio di previsione EF 2022 Competenza e Cassa
03.05	U0303006	FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014-2020 – EMAS – FAMI 2014/2020. PROGETTO SU.PR.EME – SPESA CORRENTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE	12.4.1	U.1.04.04.01.000	+ **163.935,19**

- L'operazione di variazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.

- Con successivi provvedimenti dirigenziali si procederà all'accertamento ed all'impegno delle somme, da parte della Sezione Sicurezza del cittadino, Politiche per le Migrazioni e Antimafia Sociale.

Il Presidente della Giunta Regionale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. k), della legge regionale n. 7/97, **RICHIAMATO il D.P.G.R. n. 22 del 22 gennaio 2021**, pubblicato sul BURP N. 15 del 28 gennaio 2021, che adotta l'Atto di Alta organizzazione connesso all'adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA 2.0 incluso l'allegato A,

PROPONE ALLA GIUNTA

1. di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;
2. di apportare la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvati con DGR n. 2 del 20/01/2022, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii., previa riduzione di accertamento e di impegno, come indicato nella Sezione Copertura Finanziaria;
3. di approvare l'allegato E/1 contenente le variazioni del bilancio, parte integrante del presente provvedimento;
4. di incaricare, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione, la Sezione Bilancio e Ragioneria alla trasmissione alla Tesoreria Regionale il prospetto E/1 di cui all'art. 190, comma 4, D.lgs. n. 118/2011;
5. di dare atto che la variazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
6. di dare atto che successivi provvedimenti dirigenziali si procederà all'accertamento ed all'impegno delle somme, da parte della Sezione Sicurezza del cittadino, Politiche per le Migrazioni e Antimafia Sociale;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

I SOTTOSCRITTI ATTESTANO CHE IL PROCEDIMENTO ISTRUTTORIO LORO AFFIDATO E' STATO ESPLETATO NEL RISPETTO DELLA VIGENTE NORMATIVA REGIONALE, NAZIONALE ED EUROPEA E CHE IL PRESENTE SCHEMA DI PROVVEDIMENTO, DAGLI STESSI PREDISPOSTO AI FINI DELL'ADOZIONE DELL'ATTO FINALE DA PARTE DELLA GIUNTA REGIONALE, E' CONFORME ALLE RISULTANZE ISTRUTTORIE.

Il Funzionario Istruttore
(dott.ssa Anna Maria Cantacessi)

Il Titolare P.O. *Politiche Migratorie*
(dott. Francesco NICOTRI)

Il Dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino Politiche per le Migrazioni Antimafia Sociale
(Dott. Antonio Tommasi)

Il Segretario Generale della Presidenza, ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 Luglio 2015 n. 443 e ss.mm.ii. NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Segretario Generale della Presidenza
(dott. Roberto Venneri)

Il Presidente della Giunta Regionale
(dott. Michele Emiliano)

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente della Giunta Regionale; viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;
2. di apportare la variazione al bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al documento tecnico di accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvati con DGR n. 2 del 20/01/2022, ai sensi dell'art. 51, comma 2, del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii., previa riduzione di accertamento e di impegno, come indicato nella Sezione Copertura Finanziaria;
3. di approvare l'allegato E/1 contenente le variazioni del bilancio, parte integrante del presente provvedimento;
4. di incaricare, conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione, la Sezione Bilancio e Ragioneria alla trasmissione alla Tesoreria Regionale il prospetto E/1 di cui all'art. 190, comma 4, D.lgs. n. 118/2011;
5. di dare atto che la variazione contabile proposta assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D.Lgs n.118/2011 e ss.mm.ii.;
6. di dare atto che successivi provvedimenti dirigenziali si procederà all'accertamento ed all'impegno delle somme, da parte della Sezione Sicurezza del cittadino, Politiche per le Migrazioni e Antimafia Sociale;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

Allegato E/1

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

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

Allegato n. 8/1

al D.Lgs 118/2011

Rif. delibera del .... *Organo* ... .del ... .n. .....CIFRA: SIC/DEL/2022/_____

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO		DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
MISSIONE	**3**	**ORDINE PUBBLICO E SICUREZZA**					
Programma	03	Politica regionale unitaria per l'ordine pubblico e la sicurezza					
Titolo	1	SPESE CORRENTI	residui presunti				
			previsione di competenza		163.935,19		
			previsione di cassa		163.935,19		
Totale Programma	03	Politica regionale unitaria per l'ordine pubblico e la sicurezza	**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di competenza		**163.935,19**		
TOTALE MISSIONE	**3**	**ORDINE PUBBLICO E SICUREZZA**	**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA		DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. .... - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
TITOLO	**2**	**Trasferimenti conto corrente**					
Tipologia	**101**	**Trasferimenti conto capitale ad amministrazioni pubbliche**	residui presunti				
			previsione di competenza		163.935,19		
			previsione di cassa		163.935,19		
TOTALE TITOLO	**2**	**Trasferimenti conto corrente**	**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			**residui presunti**				
			previsione di competenza		**163.935,19**		
			previsione di cassa		**163.935,19**		

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE

Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

Francesco Nicotri
09.11.2022
08:10:54
GMT+00:00

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SIC	DEL	2022	36	15.11.2022

PATTO PER LA PUGLIA. INTERVENTO #PUGLIA SICURA E LEGALE". VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2022 E PLURIENNALE 2022-2024, AI SENSI DELL'ART. 51, COMMA 2 DEL D.LGS. N. 118/2011 E SS.MM.II.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 16-11-2022 19:02:54
Seriale certificato: 645975
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Dirigente

DR. NICOLA PALADINO

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
SerialNumber =
TINIT-
C = IT

REGIONE PUGLIA – SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1818

Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell' art.20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n.1896 del 22.11.2021

L'Assessore "Sanità, Benessere animale, Controlli Interni, Controlli connessi alla gestione emergenza COVID-19", sulla base dell'istruttoria espletata dai responsabili P.O. e confermata dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e dai Dirigenti delle Sezioni Strategie e Governo dell'Offerta e AFC in Sanità – Sport per Tutti, riferisce quanto segue:

Visto:

- il D.Lgs. 502/1992 s.m.i., all'art. 2, co. 1, che 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;

- l'articolo 6, comma 2, del D.Lgs. 165/2001, come sostituito dall'articolo 4 del D.Lgs. 75/2017, che al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso D.Lgs. 165/2001. Tale piano deve indicare le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione nei limiti di quelle quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente. L'articolo di legge in esame prevede altresì che ciascuna amministrazione indichi 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. Il comma 6 del novellato articolo 6 del D.Lgs. 165/2001 stabilisce per le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui allo stesso articolo il divieto di procedere all'assunzione di nuovo personale;

- l'articolo 6, comma 7, del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella L. 30 luglio 2010, n. 122 in materia di spesa per studi e incarichi di consulenza;

- l'art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e le successive circolari del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione n. 3 del 23 novembre 2017 e n. 1 del 9 gennaio 2018 in materia di stabilizzazione del personale;

- l'articolo 5 del D.Lgs. 75/2017, nel modificare l'articolo 7 del D.Lgs. 165/2001, ha inserito il comma 5 bis, che vieta alle pubbliche amministrazioni di stipulare contratti di collaborazione che si concretano in "prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro";

- l'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, in materia di incremento delle risorse del trattamento accessorio del personale nonché la nota n. 179877 del 1° settembre 2020 il Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato, in risposta a una richiesta di parere della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha fornito chiarimenti di ordine interpretativo e applicativo della predetta disposizione legislativa;

- l'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60,

che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.e i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale;

- l'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021 in materia di stabilizzazione del personale COVID ed il successivo documento 22/154/CR7a/C7, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 27 luglio 2022;

- il comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 alla lettera c) prevede che il PIAO definisca "compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1492/2022 recante: "Relazione in materia di gestione del personale del SSR e di Sanitaservice – Ricognizione - Presa d'atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7".

Sulla base della normativa vigente in materia, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, per il tramite delle competenti Sezioni "Strategie e Governo dell'Offerta" e "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità – Sport per Tutti" ha avviato un'attività ricognitiva, che ha richiesto numerosi confronti con le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.), anche al fine di quantificare le unità di personale in possesso del requisito di stabilizzazione, ai sensi art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021.

I dati rivenienti dalle ricognizioni sono stati rilevati ai fini della determinazione del tetto massimo di spesa del personale da riconoscersi a ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale, nel pieno rispetto del vincolo di spesa, ai sensi dell'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60. Tanto si è reso altresì necessario al fine di definire le strategie future di politica sanitaria in materia di personale del S.S.R., in considerazione dell'evoluzione normativa in materia di programmazione sanitaria, ospedaliera e territoriale.

E' altrettanto evidente che dalla ricognizione emerge l'impatto sulla spesa del personale delle assunzioni COVID, effettuate per contrastare l'emergenza sanitaria da SARS- CoV- 2, che hanno riguardato prevalentemente personale di comparto (infermieri e OSS), indispensabili e necessarie, se si considera lo storico disallineamento tra personale in servizio nella Regione Puglia rispetto ad altre Regioni, a parità di popolazione.

Inoltre, con il presente provvedimento si intende definire le azioni necessarie a qualificare ulteriormente la spesa del personale per i prossimi anni, in coerenza con le linee programmatiche delineate nel Piano Operativo 2022-2024, al fine di consentire alla Regione Puglia di potenziare l'offerta sanitaria, per il tramite delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, allineando il fabbisogno di personale alla programmazione ex D.M. n. 70/2015, D.L. n. 34/2020 (convertito in Legge n. 77/2020), D.M. n. 77/2022 e secondo le indicazioni fornire dal PNRR, sia pur nel pieno rispetto dei vincoli di finanza pubblica e dei limiti di spesa definiti dalla normativa nazionale in materia.

Gli esiti della ricognizione hanno consentito di quantificare in via prioritaria la spesa complessiva del personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.), preconsuntiva al 31/12/2022, così come di seguito rappresentata:

Tab. Costi-tetti di spesa ex DGR 2963/2018 s.m.i.

AZIENDA	A TETTO EX DGR 2293/2018 E SUCCESSIVE DD.GG.RR. 332/2020, 439/2022 E 449/2022(1)	B SPESA PRECONSUNTIVA AL 31/12/2022	C QUOTA INCREMENTO FONDI CONTRATTUALI D.L. 35/2019 NON RICOMPRESA IN SPESA PRECONSUNTIVA AL 31/12/2022	SPESA COMPLESSIVA PREVISTA [B+C]
ASL BA	443.377.537 €	440.394.799 €	- €	440.394.799 €
ASL BR	176.416.863 €	180.451.758 €	- €	180.451.758 €
ASL BT	171.432.715 €	190.888.071 €	- €	190.888.071 €
ASL FG	177.760.640 €	171.763.335 €	1.138.764 €	172.902.099 €
ASL LE	369.249.206 €	366.814.161 €	5.097.132 €	371.911.293 €
ASL TA	236.660.307 €	258.884.349 €	6.248.578 €	265.132.927 €
AOU "POLICLINICO" DI BARI	201.610.377 €	211.649.775 €	3.553.869 €	215.203.644 €
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI FOGGIA	133.913.224 €	155.000.000 €	724.529 €	155.724.529 €
IRCCS "G. PAOLO II"	31.173.942 €	33.441.370 €	- €	35.152.116 €
IRCCS "S. DE BELLIS"	22.268.606 €	17.830.530 €	- €	17.830.530 €
TOTALE	**1.963.863.417 €**	**2.027.118.148 €**	**16.762.872 €**	**2.045.591.766 €**

(1)

- Con DGR 2293/2018 ad oggetto "*Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - Rideterminazione tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.*" il tetto complessivo regionale viene determinato in € 1.961.863.417.
- Con DGR n. 332/2020 ad oggetto "*Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. 60/2019 - modifica DGR n.2293/2018. Rideterminazione tetto di spesa del personale SSR dell'IRCSS "Giovanni Paolo II" di Bari*" il tetto di spesa dell'IRCCS "G. Paolo II" viene incrementato di 2 milioni euro nell'ambito del 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio 2019.
- Con DGR 439/2022 ad oggetto "*Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 dell'ASL FG e parziale modifica D.G.R. n. 2293/2018 recante "Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - Rideterminazione tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R*" il tetto di spesa dell'ASL FG viene rideterminato in € 177.760.640, tenuto conto dell'importo compensativo pari a € 11.000.000, ad invarianza del tetto complessivo regionale, in ragione del trasferimento, in termini di unità in servizio e di fabbisogno, del personale dell'Ospedale "Francesco Lastaria" di Lucera presso l'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia.
- Con DGR 449/2022 ad oggetto "*Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M. 8/5/2018 – Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia e parziale modifica D.G.R. n. 2293/2018 recante "Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - Rideterminazione tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R*" il tetto di spesa dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Foggia viene rideterminato in € 133.913.224, tenuto conto dell'importo compensativo pari a € 11.000.000, ad invarianza del tetto complessivo regionale, in ragione del trasferimento, in termini di unità in servizio e di fabbisogno, del personale dell'Ospedale "Francesco Lastaria" di Lucera presso l'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia.

Il valore complessivo della spesa del personale preconsuntiva al 31/12/2022 tiene conto di:

a) personale assunto a tempo indeterminato;

b) personale a tempo determinato assunto per la gestione dell'emergenza Sars- CoV- 2.

c) personale assunto a tempo determinato che ha maturato i requisiti per la stabilizzazione ai sensi dell' art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021;

d) personale assunto a tempo determinato che non ha maturato i requisiti per la stabilizzazione;

e) personale che andrà in quiescenza negli anni 2023 e 2024, come di seguito riportato:

N. CESSAZIONI ANNI 2023-2024			
PROFILO	ANNO 2023	ANNO 2024	TOTALE
	n. unità	n. unità	
ALTRO PERSONALE COMPARTO SANITARIO	128	108	412
DIRIGENTI MEDICI	147	157	526
DIRIGENTI PTA	5	3	18
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	40	65	221
PERSONALE COMPARTO NON SANITARIO	164	174	599
PERSONALE INFERMIERISTICO	94	88	422
PERSONALE OSS	61	63	271
PERSONALE OSTETRICO	84	113	420
Totale complessivo	**723**	**771**	**2.889**

AZIENDA	PREVISIONE RISPARMIO SPESA PERSONALE PER CESSAZIONI 2023	PREVISIONE RISPARMIO SPESA PERSONALE PER CESSAZIONI 2024	TOT. RISPARMIO SPESA PERSONALE 2023-2024
ASL BA	2.647.138,05 €	2.712.856,28 €	5.359.994,33 €
ASL BR	311.682,16 €	257.014,59 €	568.696,75 €
ASL BT	763.532,17 €	606.313,25 €	1.369.845,42 €
ASL FG	244.465,63 €	202.179,25 €	446.644,88 €
ASL LE	3.255.770,13 €	3.198.425,64 €	6.454.195,77 €
ASL TA	1.842.115,29 €	2.639.396,34 €	4.481.511,63 €
AOU "POLICLINICO" DI BARI	845.672,00 €	952.270,00 €	1.797.942,00 €
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI FOGGIA	545.064,41 €	633.439,69 €	1.178.504,10 €
IRCCS "G. PAOLO II"	180.406,38 €	414.890,36 €	595.296,74 €
IRCCS "S. DE BELLIS"	275.780,76 €	177.351,90 €	453.132,66 €
TOTALE	**10.911.626,98 €**	**11.794.137,30 €**	**22.705.764,28 €**

Gli esiti della ricognizione sono da intendersi quale dato ricognitivo del personale in servizio a tempo indeterminato nonché del personale a tempo determinato (TD). Con particolare riferimento al personale TD è stato rilevato:

a) personale a tempo determinato (T.D.) in servizio, distinto tra personale “Covid” e personale “no Covid”, che avrebbe maturato i requisiti per la stabilizzazione ex Legge Madia e Legge di Bilancio 2022;

b) personale a tempo determinato (T.D.) non più in servizio, ma che avrebbe maturato i requisiti per la stabilizzazione.

c) personale a tempo determinato (T.D.) che non avrebbe maturato i requisiti per la stabilizzazione.

Si riporta di seguito la tabella di sintesi del personale del S.S.R., come da ricognizione sopra dettagliata:

Tabella n. complessivo personale S.S.R. in servizio

RICOGNIZIONE PERSONALE SSR										
PERSONALE IN SERVIZIO										
PROFILO	Tempo determinato "no Covid" (comprensivo co.co.co.)			Tempo determinato "Covid"			TOTALE TEMPO DETERMINATO C= A+B	Universitario D	Tempo indeterminato (comprensivo comandi) E	TOTALE PERSONALE IN SERVIZIO F= C+D+E
	N. unità non in possesso dei requisiti stabilizzazione	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Madia al 31/12/2022	N. unità complessive A	N. unità non in possesso dei requisiti stabilizzazione	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Legge di Bilancio	N. unità complessive B				
Altro personale comparto sanitario	199	78	277	88	128	216	**493**	29	4.112	4.634
Dirigenti Medici	359	44	403	187	82	269	**672**	138	6.913	7.723
Dirigenti PTA	14	4	18	-	-	-	**18**	1	243	262
Dirigenti Sanitari no medici	85	27	112	22	71	93	**205**	38	1.016	1.259
Dirigenti Sanitari non medici	4	1	5	-	1	1	**6**	-	19	25
Personale comparto NO sanitario	182	76	258	65	5	70	**328**	68	6.776	7.172
Personale infermieristico	358	276	634	571	1.855	2.426	**3.060**	-	15.671	18.731
Personale OSS	21	15	36	4	98	102	**138**	-	4.153	4.291
Personale ostetrico	52	2	54	14	37	51	**105**	3	703	811
Totale complessivo	**1.274**	**523**	**1.797**	**951**	**2.277**	**3.228**	**5.025**	**277**	**39.606**	**44.908**

Tabella personale NON in servizio rispondente ai requisiti di stabilizzazione ex Legge Madia e Legge di Bilancio 2022

PROFILO	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Madia	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Legge di Bilancio
Altro personale comparto sanitario	10	7
Dirigenti Medici	1	16
Dirigenti PTA	-	-
Dirigenti Sanitari no medici	3	7
Dirigenti Sanitari non medici	-	-
Personale comparto NO sanitario	15	3
Personale infermieristico	50	77
Personale OSS	39	302
Personale ostetrico	2	1
Totale complessivo	**120**	**413**

RIEPILOGO UNITA' DI PERSONALE RISPONDENTE AI REQUISITI PER LA STABILIZZAZIONE				
PROFILO	N. unità non in possesso dei requisiti stabilizzazione	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Madia al 31/12/2022	N. unità con requisiti stabilizzazione ex Legge di Bilancio	N. unità complessive
Altro personale comparto sanitario	287	88	135	510
Dirigenti Medici	546	45	98	689
Dirigenti PTA	14	4	-	18
Dirigenti Sanitari no medici	107	30	78	215
Dirigenti Sanitari non medici	4	1	1	6
Personale comparto NO sanitario	247	91	8	346
Personale infermieristico	929	326	1.932	3.187
Personale OSS	25	54	400	479
Personale ostetrico	66	4	38	108
Totale complessivo	**2.225**	**643**	**2.690**	**5.558**

In riferimento alla spesa del personale, oltre a confermare quanto già previsto dall'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.e i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale, si richiama quanto stabilito dal D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, con il quale si dispone quanto segue:

a) "comma 7.:Per le finalita' di cui ai commi 1 e 5, terzo periodo, del presente articolo e per le finalita' di cui all'articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all' articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale, per l'anno 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite massimo di 240.975.000 euro, da ripartirsi, per il medesimo anno 2020, a livello regionale come indicato nelle colonne 3 e 5 della tabella di cui all'allegato C annesso al presente decreto. All'onere di 240.975.000 euro si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2020. Nei piani di cui al comma 1, le regioni e le province autonome indicano le unita' di personale aggiuntive rispetto alle vigenti dotazioni organiche da assumere o gia' assunte, ai sensi degli articoli 2-bis e 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Per le finalita' di cui ai commi 1 e 5, secondo periodo, del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale nel limite massimo di 347.060.000 euro, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, da ripartirsi, a decorrere dall'anno 2021, a livello regionale come indicato nelle colonne 6 e 7 della tabella di cui all'allegato C annesso al presente decreto".

b) "comma 10: Per l'attuazione dei commi 5, terzo periodo, e 7, nonche' al fine di integrare le risorse per le finalita' di cui al comma 6, lettera a), per l'anno 2020 e' autorizzata la spesa complessiva di 430.975.000 euro, di cui 190.000.000 euro per il comma 6, lettera a), e 240.975.000 euro per i commi 5 terzo periodo, e 7. A tale fine, e' corrispondentemente incrementato per pari importo, per l'anno 2020, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato. Al finanziamento di cui al presente comma accedono tutte le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020 e per gli importi indicati nell'Allegato C ((annesso al presente decreto)). Le regioni e le province autonome e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono alla rendicontazione delle spese sostenute nell'anno 2020 nell'apposito centro di costo "COV-20", di cui ((all'articolo 18 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27)). A decorrere dall'anno 2021, all'onere pari a 347.060.000 euro, relativo alla spesa per il personale aggiuntivo di cui al comma 7 del presente articolo, si provvede a valere ((sul livello del finanziamento)) del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno di riferimento. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio".

Pertanto, nell'ambito del potenziamento strutturale dell'assistenza ospedaliera e territoriale, così come delineato dal D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, è stato previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2021 un finanziamento per la Regione Puglia pari ad € 22.981.458, in attuazione dei commi 1, 5 secondo periodo e 7, dell'art. 2 del sopra citato D.L. n. 34/2020.

Si aggiunga che in data 2 novembre 2022 è stata raggiunta l'Intesa, in sede di Conferenza Stato – Regioni, in materia di riparto del Fondo Sanitario Nazionale (F.S.N.). Tale intesa ha consentito di quantificare in modo puntuale l'entità del limite massimo di spesa del personale del S.S.R., secondo i criteri di cui alla citata normativa nazionale in materia.

Considerato che:

a) con la deliberazione di Giunta regionale n. 2293/2018 e ss.mm.ii ad oggetto "Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - Rideterminazione tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R." il tetto complessivo regionale viene determinato in € 1.963.863.417;

b) con la deliberazione di Giunta regionale n. 1896 del 22/11/2021, il tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR è stato rideterminato – secondo quanto previsto dal citato art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019 – in complessivi € 1.980.359.799,60, sulla base del 10 per cento dell'incremento del FSR Puglia per gli anni 2019 e 2020 rispetto agli esercizi precedenti. Appare evidente che, pur confermando l'importo complessivo, a parziale modifica della citata deliberazione di Giunta regionale, l'attribuzione del tetto di spesa alle singole Aziende ed Enti del Servizio Sanitario dovrà tener conto della spesa al 31/12/2022, soprattutto al fine di garantire la copertura finanziaria per le stabilizzazioni ;

c) l'incremento del tetto di spesa del personale, in attuazione della previsione normativa, ovvero dell'articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, risulterebbe pari a: € 15.000.000, 00 per l'anno 2021, € 24.000.000,00 per l'anno 2022;

d) il tetto di spesa del personale della Regione Puglia, sulla base degli incrementi, di cui alla predetta lettera a), risulta così come di seguito rideterminato:

TETTI SPESA PERSONALE SSR, ai sensi dell'art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019		
ANNO	**TETTO DI SPESA**	
ANNO 2018	1.963.863.417 €	DGR 2293/2018 E SUCCESSIVA DGR 332/2020
ANNO 2020	1.980.359.800 €	DGR 1896/2021 (10% INCREMENTO FONDO SSN 2019 + 10% INCREMENTO FONDO SSN 2020)
ANNO 2021	1.995.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2021)
ANNO 2022	2.019.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2022)

Preso atto che il percorso di potenziamento degli organici del personale del Servizio sanitario regionale rappresenta una priorità, al fine di consentire il recupero delle attività ordinarie, delle liste d'attesa, nonché, in una prossima prospettiva, l'implementazione e lo sviluppo del modello di sanità ospedaliero e territoriale, delineato dal Decreto Legge n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 nonché dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, con il quale è stato adottato il regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Considerata la predetta ricognizione della spesa del personale, con particolare riferimento alle unità rispondenti ai requisiti di stabilizzazione, nei limiti del tetto di spesa del personale, come sopra esposto, si intende avviare nell'anno 2023 le procedure di stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R), che abbia maturato i requisiti ai sensi dell' art. 20, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. A tal proposito si rimanda, pertanto, alle verifiche puntuali che le Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno effettuare, ai fini dell'avvio delle procedure di stabilizzazione secondo la normativa vigente in materia nonché le disposizioni contenute nel presente provvedimento.

A tal proposito, si richiamano i principi fondamentali in materia di stabilizzazione del personale, ed in particolare:

a) il rispetto di quanto stabilito dall'articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs. 165/2001, secondo il quale, al fine di salvaguardare l'accesso dall'esterno, le risorse destinabili per le stabilizzazioni di cui trattasi non potranno superare, assieme a quelle di reclutamento speciale a regime di cui allo stesso articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs.165/2001 ed ogni altra forma di reclutamento dall'interno, il 50% delle risorse complessivamente

programmate per l'assunzione di personale in conformità ai vigenti PTFP;

b) la sussistenza del requisito del reclutamento a tempo determinato con procedure concorsuali – da intendersi nell'accezione fornita dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, la quale prevede che il personale in oggetto "sia stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale - ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in una normativa di legge" – ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 si richiama quanto indicato dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione.

c) il rispetto dei limiti del fabbisogno di personale, nonché dei limiti dei tetti di spesa del personale assegnati a ciascuna Azienda ed Istituto;

d) verifica dello storico lavorativo, attraverso il modello storico (o percorso del lavoratore) per ciascun dipendente. A tal proposito si precisa che può essere cumulato, ai fini della stabilizzazione, il periodo riferito al servizio prestato nella stessa qualifica e categoria.

Con particolare riferimento alla predetta lettera c) e, dunque, ai limiti dei tetti di spesa e al fabbisogno di personale PTFP, si ritiene che al fine di definire il fabbisogno complessivo del personale del S.S.R., le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario devono adottare il PTFP 2021 -2023, entro il 19 dicembre 2022, secondo il vigente modello, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali, in modo tale che si tenga conto anche delle unità di personale da stabilizzare, dettate anche dalle evoluzioni normative in materia di assistenza territoriale e PNRR. A tal proposito, nel pieno rispetto del numero di unità previste per ciascun profilo professionale ed a garanzia della conseguente copertura finanziaria, si dovrà tener conto anche delle unità di personale da stabilizzare. Il PTFP 2021 -2023 dovrà tener conto anche del potenziamento dell'assistenza ospedaliera territoriale (ex DL 34/2020 e DM 77/2022) e, dunque, le direzioni strategiche, rispetto alle vigenti graduatorie, devono considerare in fase di redazione del citato PTFP, anche alcune figure professionali (fisioterapisti, assistenti sociali, ecc…).

I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale possono prorogare fino a 36 mesi i contratti attualmente in essere, sempre nel pieno rispetto dei vincoli di spesa e sulla base delle esigenze organizzative. In particolare, la eventuale proroga dovrà essere garantita, in via prioritaria, alle figure professionali non maggiormente coinvolte (in termini numerici) dalla procedura di stabilizzazione e, comunque essenziali per il corretto e continuativo svolgimento delle attività di ciascun Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale.

I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale possono procedere con l'immissione in ruolo del personale in comando, sempre in coerenza con la normativa vigente in materia, con gli spazi assunzionali e la relativa copertura finanziaria.

Alla luce di quanto sopra esposto ed al fine di consentire alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario di predisporre il PTFP 2021- 2023, si assegnano i tetti di spesa per i citati anni di riferimento così come di seguito riportato.

AZIENDA	TETTO DI SPESA	SPESA PRECONSUTIVA 2022
ASL BA	450.226.571	440.394.799
ASL BR	180.662.857	180.451.758
ASL BT	180.240.658	190.888.071
ASL FG	177.760.640	172.902.099

ASL LE	371.911.293	371.911.293
ASL TA	249.546.859	265.132.927
AOU "POLICLINICO" DI BARI	209.773.429	215.203.644
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI F(	141.355.186	155.724.529
IRCCS "G. PAOLO II"	35.152.116	35.152.116
IRCCS "S. DE BELLIS"	22.730.191	17.830.530
TOTALE	**2.019.359.800**	**2.045.591.766**

La spesa prevista per l'anno 2023, in linea alla spesa preconsutivata 2022, si intende a copertura anche delle stabilizzazioni nonché delle eventuali proroghe/comandi per un importo pari ad € 2.045.591.766, così come dettagliatamente ripartita nella predetta tabella per ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R.. Tale spesa trova copertura finanziaria nella quota percentuale di incremento atteso del Fondo Sanitario Regionale, dalle cessazioni anno 2023-2024 (stimate in circa € 22.000.000,00) nonché dall'applicazione delle previsioni, di cui al comma 10 dell'art..2 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020.

Resta inteso che, a far data dal giorno successivo alla notifica del presente provvedimento alle Direzioni Strategiche, ad eccezione della procedura di stabilizzazione:

a) tutte le nuove assunzioni, anche se previste nel PTFP, dovranno essere preventivamente autorizzate dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

b) le economie derivanti dalla cessazione del personale in servizio non potranno essere utilizzate senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. Pertanto, anche la sostituzione del personale cessato è soggetta ad autorizzazione preventiva da parte del citato Dipartimento;

c) l'eventuale incremento del tetto di spesa, a valere sugli anni 2023- 2024, sarà assegnato alle Aziende che ed Enti del SSR sulla base delle future strategie di programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale;

d) non potranno essere banditi nuovi concorsi e, dunque, non potranno essere richiesti sorteggi per la designazione del componente regionale della relativa Commissione, senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale.

Considerato che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, che il rispetto dei vincoli di spesa e delle esigenze di finanza pubblica rappresentano i principi cardine dell'azione amministrativa, l'inosservanza delle indicazioni operative di cui al presente provvedimento comporterà nell'immediato l'avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ex art. 2, co. 5 del D.Lgs n. 171/2016 s.m.i., come previsto dalla D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019 di approvazione degli schemi di contratto per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R.. A tal proposito si intende attivare un monitoraggio mensile dell'andamento della spesa del personale e delle assunzioni secondo PTFP, secondo un prospetto che sarà predisposto dalle competenti Sezioni (Strategie e Governo dell'Offerta e Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità – Sport per Tutti). Qualora nel primo trimestre 2023 si dovesse rilevare uno scostamento tra le azioni poste in essere dai Direttori Generali e quanto contenuto nel presente provvedimento nonché il mancato rispetto dei vincoli di spesa del personale, la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta è autorizzata all'avvio del predetto procedimento di decadenza.

VERIFICA AI SENSI DEL D.lgs. 196/03
Garanzie alla riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della

riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE".

Valutazione di impatto di Genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è: ❏ diretto ❏ indiretto ■ neutro

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.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell' art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di stabilire che il tetto di spesa complessivo del personale, a parziale modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1896/2021, risulta pari ad €2.019.359.800, così come di seguito determinato:

TETTI SPESA PERSONALE SSR, ai sensi dell'art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019		
ANNO	**TETTO DI SPESA**	
ANNO 2018	1.963.863.417 €	DGR 2293/2018 E SUCCESSIVA DGR 332/2020
ANNO 2020	1.980.359.800 €	DGR 1896/2021 (10% INCREMENTO FONDO SSN 2019 + 10% INCREMENTO FONDO SSN 2020)
ANNO 2021	1.995.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2021)
ANNO 2022	2.019.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2022)

2. di ripartire il tetto di spesa, ai fini della predisposizione del PTFP 2021- 2023, pari ad € 2.019.359.800, come di seguito riportato:

AZIENDA	**TETTO DI SPESA**	**SPESA PRECONSUTIVA 2022**
ASL BA	450.226.571	440.394.799
ASL BR	180.662.857	180.451.758
ASL BT	180.240.658	190.888.071

ASL FG	177.760.640	172.902.099
ASL LE	371.911.293	371.911.293
ASL TA	249.546.859	265.132.927
AOU "POLICLINICO" DI BARI	209.773.429	215.203.644
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI F(	141.355.186	155.724.529
IRCCS "G. PAOLO II"	35.152.116	35.152.116
IRCCS "S. DE BELLIS"	22.730.191	17.830.530
TOTALE	**2.019.359.800**	**2.045.591.766**

La spesa prevista per l'anno 2023, in linea alla spesa preconsutivata 2022, si intende a copertura anche delle stabilizzazioni nonché delle eventuali proroghe/comandi per un importo pari ad € 2.045.591.766, così come dettagliatamente ripartita nella predetta tabella per ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R.. Tale spesa trova copertura finanziaria nella quota percentuale di incremento atteso del Fondo Sanitario Regionale, dalle cessazioni anno 2023-2024 (stimate in circa € 22.000.000,00) nonché dall'applicazione delle previsioni, di cui al comma 10 dell'art..2 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020;

3. di stabilire che, al fine di definire il fabbisogno complessivo del personale del S.S.R., le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario devono adottare il PTFP 2021 -2023, entro il 19 dicembre 2022, secondo il vigente modello, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali, in modo tale che si tenga conto anche delle unità di personale da stabilizzare nonché di quanto espresso in narrativa;

4. di stabilire l'avvio, nell'anno 2023, delle procedure di stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R), che abbia maturato i requisiti ai sensi dell' art. 20, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. A tal proposito, si richiamano i principi fondamentali in materia di stabilizzazione del personale, ed in particolare:

a) il rispetto di quanto stabilito dall'articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs. 165/2001, secondo il quale, al fine di salvaguardare l'accesso dall'esterno, le risorse destinabili per le stabilizzazioni di cui trattasi non potranno superare, assieme a quelle di reclutamento speciale a regime di cui allo stesso articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs.165/2001 ed ogni altra forma di reclutamento dall'interno, il 50% delle risorse complessivamente programmate per l'assunzione di personale in conformità ai vigenti PTFP 2020-2022;

b) la sussistenza del requisito del reclutamento a tempo determinato con procedure concorsuali – da intendersi nell'accezione fornita dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, la quale prevede che il personale in oggetto "sia stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale - ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in una normativa di legge" – ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27si richiama quanto indicato dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione;

c) il rispetto dei limiti del fabbisogno di personale, nonché dei limiti dei tetti di spesa del personale assegnati a ciascuna Azienda ed Istituto;

d) verifica dello storico lavorativo, attraverso il modello storico (o percorso del lavoratore) per ciascun dipendente. A tal proposito si precisa che può essere cumulato, ai fini della stabilizzazione, il periodo riferito al servizio prestato nella stessa qualifica e categoria;

5. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito della propria autonomia, possono prorogare fino a 36 mesi i contratti attualmente in essere, sempre nel pieno rispetto dei vincoli di spesa e sulla base delle esigenze organizzative. In particolare, la eventuale proroga dovrà essere garantita, in via prioritaria, alle figure professionali non maggiormente coinvolte (in termini numerici) dalla procedura di stabilizzazione e, comunque essenziali per il corretto e continuativo svolgimento

delle attività di ciascun Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale possono procedere con l'immissione in ruolo del personale in comando, sempre in coerenza con la normativa vigente in materia, con gli spazi assunzionali e la relativa copertura finanziaria;

6. di stabilire che l'attuazione delle previsioni di cui ai predetti punti 4) e 5) rientra nell'autonomia organizzativa e decisionale delle Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con le esigenze assistenziali previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché con le strategie complessive derivanti in particolare da: D.M n. 70/2015, D.L. n. 34/2020, dal D.M. n. 77/2022 e dal PNRR., nel pieno rispetto del tetto di spesa e dei vincoli di finanza pubblica riportati nel presente provvedimento;

7. di stabilire che, a far data dal giorno successivo alla notifica del presente provvedimento alle Direzioni Strategiche, ad eccezione della procedura di stabilizzazione:

a) tutte le nuove assunzioni, anche se previste nel PTFP, dovranno essere preventivamente autorizzate dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

b) le economie derivanti dalla cessazione del personale in servizio non potranno essere utilizzate senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. Pertanto, anche la sostituzione del personale cessato è soggetta ad autorizzazione preventiva da parte del citato Dipartimento;

c) l'eventuale incremento del tetto di spesa, a valere sull'anno 2024, è assegnato alle Aziende che ed Enti del SSR sulla base delle future strategie di programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale;

d) non potranno essere banditi nuovi concorsi e, dunque, non potranno essere richiesti sorteggi per la designazione del componente regionale della relativa Commissione, senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

8. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta regionale è definito il nuovo modello di PTFP per gli anni 2022 – 2024, da adottarsi comunque entro il mese di gennaio 2023;

9. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta regionale sono definite le linee di indirizzo future in materia di gestione del personale del S.S.R., al fine di allineare i tetti ed il relativo fabbisogno alle strategie future di programmazione sanitaria;

10. di stabilire, considerato che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, che il rispetto dei vincoli di spesa e le esigenze di finanza pubblica rappresentano i principi cardine dell'azione amministrativa, l'inosservanza delle indicazioni operative di cui al presente provvedimento comporterà nell'immediato l'avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ex art. 2, co. 5 del D.Lgs n. 171/2016 s.m.i., come previsto dalla D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019 di approvazione degli schemi di contratto per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R.. A tal proposito si intende attivare un monitoraggio mensile dell'andamento della spesa del personale e delle assunzioni secondo PTFP, da trasmettere al Dipartimento Salute e del Benessere Animale entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Qualora nel primo semestre 2023 si dovesse rilevare uno scostamento tra le azioni poste in essere dai Direttori Generali e quanto contenuto nel presente provvedimento nonché rispetto al tetto di spesa assegnata ed il relativo PTFP, la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta è autorizzata all'avvio del predetto procedimento di decadenza;

11. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del monitoraggio mensile, trasmettano una dettagliata relazione, riportando il numero del personale stabilizzato rispetto a quanto rilevato con le ricognizioni effettuate dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale;

12. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché al Segretariato Generale della Giunta regionale;

13. di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF), per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, e' conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE P.O.

Lanfranco NETTI

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR"

Antonella CAROLI

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Mauro NICASTRO

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità Sport per Tutti"

Benedetto Giovanni PACIFICO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO

L'Assessore:

Rocco PALESE

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di stabilire che il tetto di spesa complessivo del personale, a parziale modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1896/2021, risulta pari ad €2.019.359.800, così come di seguito determinato:

TETTI SPESA PERSONALE SSR, ai sensi dell'art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019		
ANNO	**TETTO DI SPESA**	
ANNO 2018	1.963.863.417 €	DGR 2293/2018 E SUCCESSIVA DGR 332/2020
ANNO 2020	1.980.359.800 €	DGR 1896/2021 (10% INCREMENTO FONDO SSN 2019 + 10% INCREMENTO FONDO SSN 2020)
ANNO 2021	1.995.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2021)
ANNO 2022	2.019.359.800 €	(10% INCREMENTO FONDO SSN 2022)

2. di ripartire il tetto di spesa, ai fini della predisposizione del PTFP 2021- 2023, pari ad € 2.019.359.800, come di seguito riportato:

AZIENDA	TETTO DI SPESA	SPESA PRECONSUTIVA 2022
ASL BA	450.226.571	440.394.799
ASL BR	180.662.857	180.451.758
ASL BT	180.240.658	190.888.071
ASL FG	177.760.640	172.902.099
ASL LE	371.911.293	371.911.293
ASL TA	249.546.859	265.132.927
AOU "POLICLINICO" DI BARI	209.773.429	215.203.644
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI F(	141.355.186	155.724.529
IRCCS "G. PAOLO II"	35.152.116	35.152.116
IRCCS "S. DE BELLIS"	22.730.191	17.830.530
TOTALE	**2.019.359.800**	**2.045.591.766**

La copertura finanziaria della spesa del personale (stimata al 31/12/2022), comprensiva anche della quota di personale da stabilizzare, riviene dalla quota percentuale di incremento atteso del Fondo Sanitario Regionale, dalle cessazioni anno 2023-2024 (stimate in circa € 22.000.000,00) nonché dall'applicazione delle previsioni, di cui al comma 10 dell'art..2 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020.

3. di stabilire che, al fine di definire il fabbisogno complessivo del personale del S.S.R., le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario devono adottare il PTFP 2021 -2023, entro il 19 dicembre 2022, secondo il vigente modello, definendo gli spazi assunzionali in base alle esigenze assistenziali, in modo tale che si tenga conto anche delle unità di personale da stabilizzare nonché di quanto espresso in narrativa;

4. di stabilire l'avvio, nell'anno 2023, delle procedure di stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R), che abbia maturato i requisiti ai sensi dell' art. 20, comma 1 e comma 2, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. A tal proposito, si richiamano i principi fondamentali in materia di stabilizzazione del personale, ed in particolare:

a) il rispetto di quanto stabilito dall'articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs. 165/2001, secondo il quale, al fine di salvaguardare l'accesso dall'esterno, le risorse destinabili per le stabilizzazioni di cui trattasi non potranno superare, assieme a quelle di reclutamento speciale a regime di cui allo stesso articolo 35, comma 3-bis del D.Lgs.165/2001 ed ogni altra forma di reclutamento dall'interno, il 50% delle risorse complessivamente programmate per l'assunzione di personale in conformità ai vigenti PTFP 2020-2022;

b) la sussistenza del requisito del reclutamento a tempo determinato con procedure concorsuali – da intendersi nell'accezione fornita dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, la quale prevede che il personale in oggetto "sia stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale - ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in una normativa di legge" – ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27si richiama quanto indicato dalla circolare n. 3/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione;

c) il rispetto dei limiti del fabbisogno di personale, nonché dei limiti dei tetti di spesa del personale assegnati a ciascuna Azienda ed Istituto;

d) verifica dello storico lavorativo, attraverso il modello storico (o percorso del lavoratore) per ciascun dipendente. A tal proposito si precisa che può essere cumulato, ai fini della stabilizzazione, il periodo riferito al servizio prestato nella stessa qualifica e categoria;

5. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito della propria autonomia, possono prorogare fino a 36 mesi i contratti attualmente in essere, sempre nel pieno rispetto dei vincoli di spesa e sulla base delle esigenze organizzative. In particolare, la eventuale proroga dovrà essere garantita, in via prioritaria, alle figure professionali non maggiormente coinvolte (in termini numerici) dalla procedura di stabilizzazione e, comunque essenziali per il corretto e continuativo svolgimento delle attività di ciascun Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale possono procedere con l'immissione in ruolo del personale in comando, sempre in coerenza con la normativa vigente in materia, con gli spazi assunzionali e la relativa copertura finanziaria;

6. di stabilire che l'attuazione delle previsioni di cui ai predetti punti 4) e 5) rientra nell'autonomia organizzativa e decisionale delle Direzioni strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, in coerenza con le esigenze assistenziali previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché con le strategie complessive derivanti in particolare da: D.M n. 70/2015, D.L. n. 34/2020, dal D.M. n. 77/2022 e dal PNRR., nel pieno rispetto del tetto di spesa e dei vincoli di finanza pubblica riportati nel presente provvedimento;

7. di stabilire che, a far data dal giorno successivo alla notifica del presente provvedimento alle Direzioni Strategiche, ad eccezione della procedura di stabilizzazione:

a) tutte le nuove assunzioni, anche se previste nel PTFP, dovranno essere preventivamente autorizzate dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

b) le economie derivanti dalla cessazione del personale in servizio non potranno essere utilizzate senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. Pertanto, anche la sostituzione del personale cessato è soggetta ad autorizzazione preventiva da parte del citato Dipartimento;

c) l'eventuale incremento del tetto di spesa, a valere sull'anno 2024, è assegnato alle Aziende che ed Enti del SSR sulla base delle future strategie di programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale;

d) non potranno essere banditi nuovi concorsi e, dunque, non potranno essere richiesti sorteggi per la designazione del componente regionale della relativa Commissione, senza la preventiva autorizzazione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;

8. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta regionale è definito il nuovo modello di PTFP per gli anni 2022 – 2024, da adottarsi comunque entro il mese di gennaio 2023;

9. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta regionale sono definite le linee di indirizzo future in materia di gestione del personale del S.S.R., al fine di allineare i tetti ed il relativo fabbisogno alle strategie future di programmazione sanitaria;

10. di stabilire, considerato che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, che il rispetto dei vincoli di spesa e le esigenze di finanza pubblica rappresentano i principi cardine dell'azione amministrativa, l'inosservanza delle indicazioni operative di cui al presente provvedimento comporterà nell'immediato l'avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ex art. 2, co. 5 del D.Lgs n. 171/2016 s.m.i., come previsto dalla D.G.R. n. 1487 del 2/8/2019 di approvazione degli schemi di contratto per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R.. A tal proposito si intende attivare un monitoraggio mensile dell'andamento della spesa del personale e delle assunzioni secondo PTFP, da trasmettere al Dipartimento Salute e del Benessere Animale entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Qualora nel primo semestre 2023 si dovesse rilevare uno scostamento tra le azioni poste in essere dai Direttori Generali e quanto contenuto nel presente provvedimento nonché rispetto al tetto di spesa assegnata ed il relativo PTFP, la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta è autorizzata all'avvio del predetto procedimento di decadenza;

11. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del monitoraggio mensile, trasmettano una dettagliata relazione, riportando il numero del personale stabilizzato rispetto a quanto rilevato con le ricognizioni effettuate dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale;

12. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché al Segretariato Generale della Giunta regionale;

13. di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF), per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1857

DM 315/21–Piano Nazionale Complementare al PNRR - Modifiche al Programma acquisti di servizi e forniture 2022/2023, approvato DGR n. 403/2022. Variazione, ex art. 51 c.2 D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024.

L'Assessore alla Mobilità Sostenibile e Trasporti, dott.ssa Anna Maurodinoia, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- con D.L. n. 59 del 6 maggio 2021, è stato approvato il Piano Nazionale degli Investimenti Complementari finalizzato ad integrare, con risorse nazionali, gli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per complessivi 30.662,46 milioni di euro per gli anni dal 2021 al 2026. Lo stesso D.L. n. 59/2021, ha assegnato un finanziamento di 600 milioni di euro a valere sulle risorse nazionali del Piano nazionale per gli investimenti complementari, al "rinnovo flotte bus, treni e navi verdi -Bus".
- con Decreto n. 315 del 02/08/2021 del Ministro delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili (ora Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti - M.I.T.) sono state disciplinate le modalità e le procedure di utilizzo delle risorse, e la ripartizione delle stesse tra le Regioni e le Province Autonome;
- ai sensi dell'art. 1, comma 2 del citato decreto, le risorse assegnate sono destinate all'acquisto di autobus ad alimentazione a metano, elettrica o ad idrogeno e per la realizzazione delle relative infrastrutture di alimentazione/supporto, da utilizzare per il servizio extraurbano e suburbano. E' possibile, altresì, destinare una quota massima del 15% delle risorse , agli interventi di riconversione a gas naturale dei mezzi a gasolio Euro 4 ed Euro 5. Ai sensi dell'art. 3, comma 2 del medesimo decreto, sono inoltre ammesse a contribuzione, anche parziale, le spese amministrative di gestione gara e contratto, nei limiti di quanto previsto dall'art. 5, comma 4;
- in particolare, alla Regione Puglia è stata assegnata, per l'intero periodo di programmazione 2021/2026, una quota pari ad € 47.474.789,00;
- detto Decreto ha fissato anche come termine ultimo di conseguimento dell'Obbligo Giuridicamente Vincolante la data del 30/9/2022, successivamente prorogato, con D.M. Ministero dell'Economia e Finanze del 01/08/2022, al 31/12/2022, termine oltrepassato il quale gli interventi risulteranno definanziati.

DATO ATTO CHE:

- con Decreto Dirigenziale n. 23 del 18/02/2022, registrato dall'Ufficio Centrale di Bilancio il 24/02/2022 al n. 208, è stato autorizzato l'impegno, in conto di competenza, di complessivi € 600 ml. per gli esercizi finanziari dal 2022 al 2026 per la realizzazione degli interventi di cui al D.M. 315/2021, a valere sulle risorse del Fondo Complementare e sono stati stanziati gli importi per ciascuna annualità;
- la quota assegnata alle Regione Puglia, per l'intero periodo di programmazione (2022-2026) è pari ad € 47.474.789,00 distribuiti nelle annualità come riportato nella tabella seguente:

Anno	Totale Risorse disponibili
2022	€ 4.915.223,00
2023	€ 6.388.524,00
2024	€ 12.581.610,00
2025	€ 13.760.568,00
2026	€ 9.828.864,00
TOTALI	**€ 47.474.789,00**

- in considerazione della previsione di cui all'art. 41 comma 2-bis del D.L. n. 76 del 16/07/2020, ai sensi del quale tutti gli atti amministrativi adottati dalle Pubbliche Amministrazioni, che dispongono il finanziamento pubblico o autorizzano l'esecuzione di progetti di investimento, sono nulli in assenza di indicazione dei corrispondenti codici, per il suddetto finanziamento la Regione Puglia ha acquisito il seguente Codice CUP: B30A21000050001;
- con Decreto Dirigenziale n. 107 del 22/03/2022, considerato che lo stanziamento per l'anno 2022, pari a € 62.100.000,00 è risultato essere inferiore rispetto all'anticipazione del 20% previsto dall'art. 6, co.1 lett.a) del citato D.M. 315/2021, si è provveduto all'erogazione dell'annualità 2022 ed è stato autorizzato il pagamento a titolo di parziale anticipazione, in favore della Regione Puglia, della somma di € 4.915.223,00;
- con nota prot. n. 3459 del 07/04/2022 indirizzata alla Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità – Dipartimento Mobilità, la Sezione Bilancio e Ragioneria - Dipartimento Bilancio, Affari Generali e Infrastrutture ha comunicato l'avvenuto accreditamento presso la Tesoreria regionale, di € 4.915.223,00 versati dal Dipartimento per la Mobilità Sostenibile con causale "Acquisto autobus Piano Complementare al PNRR";

CONSIDERATO CHE:

- l'art. 4 comma 3 bis del D.L. 10/09/2021 n. 121 "*Disposizioni urgenti in materia di investimenti e sicurezza delle infrastrutture, dei trasporti e della circolazione stradale, per la funzionalità del Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibili, del Consiglio superiore dei lavori pubblici e dell'Agenzia nazionale per la sicurezza delle ferrovie e delle infrastrutture stradali e autostradali*." convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 9 novembre 2021, n. 156 ha previsto quanto segue: "***3-bis. In tutto il territorio nazionale è vietata la circolazione di veicoli a motore delle categorie M2 e M3, adibiti a servizi di trasporto pubblico locale, alimentati a benzina o gasolio con caratteristiche antinquinamento Euro 1 a decorrere dal 30 giugno 2022, Euro 2 a decorrere dal 1° gennaio 2023 ed Euro 3 a decorrere dal 1° gennaio 2024. Con uno o più decreti del Ministro delle infrastrutture e della mobilità sostenibili sono disciplinati i casi di esclusione dal predetto divieto per particolari caratteristiche di veicoli di carattere storico o destinati a usi particolari.***"
- sulla base di tale indicazione questa Amministrazione, al fine di procedere alla sostituzione degli autobus secondo le indicazioni fornite dal predetto DL, ha ritenuto opportuno ripartire le risorse previste dal D.M. n.315/2021 finalizzate al rinnovo del materiale rotabile automobilistico destinato a servizio di TPL urbano in maniera proporzionale agli autobus con caratteristiche antinquinamento E1, E2 e E3 che svolgono servizio di TPL nei comuni di ciascun ATO;
- con nota AOO_078/PROT/06/04/2022/0001599, agli atti della struttura, la Regione ha avviato l'attività di ricognizione relativa al materiale rotabile automobilistico presso gli attuali gestori del servizio di trasporto pubblico locale urbano su gomma, chiedendo contestualmente l'invio di copia delle carte di circolazione degli autobus urbani di classe ambientale E1, E2 e E3 circolanti, che ad oggi effettuano il servizio e risultano coperti da regolare polizza assicurazione;
- sulla scorta dei riscontri forniti si è pervenuti alla seguente ripartizione di risorse, valutata in ragione percentuale alla vetustà del parco mezzi in dotazione ai Comuni afferenti i singoli ATO, trasmessa a tutti gli ATO/Province interessate con nota prot. AOO_078/PROT/23/05/2022/0002443:

ATO/Bacino	AUTOBUS					RISORSE
	EURO 1 [N. Bus]	EURO 2 [N. Bus]	EURO 3 [N. Bus]	TOTALE [N. Bus]	PERCENTUALE [%]	[€]
BARI	0	6	64	70	27,89%	€ 13.240.718,65
BAT	1	4	15	20	7,97%	€ 3.783.740,68
BRINDISI	2	5	15	22	8,76%	€ 4.158.791,52
FOGGIA	3	23	22	48	19,12%	€ 9.077.179,66
LECCE	0	0	13	13	5,18%	€ 2.459.194,07
TARANTO	2	3	73	78	31,08%	€ 14.755.164,42
Totale:	**8**	**41**	**202**	251	100,00%	**€ 47.474.789,00**

- nel corso di apposito incontro convocato in data 01/07/2022, teso a verificare gli stati di avanzamento delle singole procedure, sulla scorta di quanto relazionato dagli ATO, è emerso che centralizzare la procedura di acquisto in un unico soggetto avrebbe consentito oltre alla velocizzazione della procedura stessa anche la fornitura di una dotazione di autobus uniforme, caratteristica importante tenendo conto che i mezzi risulterebbero di proprietà regionale;

VALUTATO CHE:

- quanto rappresentato nel corso dell'incontro citato ha comportato un approfondimento, anche con il supporto dell'Agenzia ASSETT, per identificare gli idonei strumenti atti a favorire un più rapido ed efficiente espletamento delle procedure di acquisto previste dai finanziamenti in questione e a raggiungere gli obiettivi ed i risultati definiti nel decreto richiamato;
- tale approfondimento ha portato all'individuazione dell'Ente Regione quale responsabile della fornitura: soluzione accoglibile e, finanche, auspicabile ai fini del conseguimento dell'OGV onde evitare il definanziamento da parte del MIT;

DATO ATTO CHE:

- con DGR n. 1158 del 09/08/2022 la Giunta regionale ha fornito indirizzo all'acquisto diretto da parte della Regione Puglia dei mezzi di trasporto su gomma finanziati dal D.M. n. 315/2021, per mezzo dell' Accordo Quadro CONSIP multifornitore Autobus a metano 1, procedendo in prima istanza all'acquisto di autobus a metano, essendo questa la tipologia prevalente di mezzi richiesti;
- con la medesima DGR si è inoltre demandato alla Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità, di concerto con ASSET, l'attivazione delle procedure finalizzate all'acquisto dei mezzi, prendendo atto che la restante necessità di autobus elettrici potrà essere garantita dall'ulteriore procedura CONSIP -non appena questa sarà attivata - e fornendo indirizzo alla predetta Sezione di richiedere conseguentemente una proroga dei termini di scadenza dell'OGV qualora le procedure Consip non consentano la fornitura entro i vincoli temporali imposti;

RILEVATO che, l'art. 7, comma 8, del Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 14/2018 prevede che *"I programmi biennali degli acquisti di forniture e servizi sono modificabili nel corso dell'anno, previa apposita approvazione dell'organo competente, da individuarsi, per gli enti locali, secondo la tipologia della modifica, nel rispetto di quanto previsto all'articolo 21, comma 1, secondo periodo, del codice, qualora le modifiche riguardino: a) la cancellazione di uno o più acquisti già previsti nell'elenco annuale delle acquisizioni di forniture e servizi; b) l'aggiunta di uno o più acquisti in conseguenza di atti amministrativi adottati a livello statale o regionale; [...] e) la modifica del quadro economico degli acquisti già contemplati nell'elenco annuale, per la quale si rendano necessarie ulteriori risorse".*

CONSIDERATO che il *Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2022/2023* è stato approvato con DGR n. 403 del 28/03/2022 e che, pertanto, la procedura di cui al presente non è stata inserita in ragione del fatto che gli atti amministrativi adottati a livello regionale sono successivi alla predisposizione della suddetta DGR 403/2022;

DATO ATTO che appare necessario prevedere l'inserimento nel Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2022/2023 l'acquisto da parte della Regione Puglia degli autobus ad alimentazione a metano, elettrica o ad idrogeno da utilizzare per il servizio di trasporto extraurbano e suburbano mediante l'utilizzo delle risorse assegnate alla Regione Puglia con il D.M. n. 315/2021 pari a € 47.474.789,00.

SI RITIENE, PERTANTO, ALLA LUCE DELLE RISULTANZE ISTRUTTORIE, DI PROPORRE ALLA GIUNTA REGIONALE:

- di modificare il *Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2022/2023*, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 403 del 28/03/2022;

- di inserire la seguente procedura di affidamento "*Contratto applicativo dell' Accordo Quadro avente ad oggetto la fornitura in acquisto di Autobus a metano"* destinati alle amministrazioni provinciali;
- di approvare l'allegato B, parte integrante del presente provvedimento, contenente le informazioni dettagliate per ciascun servizio, utili per l'inserimento dello stesso nella piattaforma dedicata.
- istituire nuovi capitoli di entrata e di spesa ed apportare la variazione, in termini di competenza e di cassa, al Bilancio Regionale 2022 e pluriennale 2022/2024, approvato con L.R. n. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., come indicato nella sezione "copertura finanziaria" del presente provvedimento;
- di rinviare a successivo provvedimento le modalità ed i criteri di assegnazione dei mezzi acquistati ai soggetti che eserciscono il trasporto pubblico locale interurbano e suburbano;

VERIFICA AI SENSI del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/03, come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018" - Garanzie alla riservatezza

"La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DI GENERE

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 322 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

- ❑ diretto
- ❑ indiretto
- ☒ neutro

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D. LGS. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Il presente provvedimento comporta:

1) istituzione di nuovi capitoli di Entrata e di Spesa del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024 per le maggiori entrate derivanti dalle previsione del **Decreto Ministeriale n. 315/2021** "Piano Nazionale per gli investimenti complementari al Piano di Ripresa e Resilienza - PNRR".

Tipo Bilancio: **Vincolato**
Entrata/Spesa: **Ricorrente**

C.R.A.	16 - DIPARTIMENTO MOBILITA'
	03 - SEZIONE TRASPORTO PUBBLICO LOCALE E INTERMODALITA'

Parte Entrata

CNI	DECLARATORIA	TITOLO TIPOLOGIA	CODIFICA PIANO DEI CONTI	CODICE identificativo delle transazioni di cui al punto 2 ALL. 7 D. LGS. 118/2011
E_____	PIANO NAZIONALE INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PNRR – D.M. 315/2021	4.200	**E.4.02.01.01.000** Contributi agli investimenti da Amministrazioni Centrali	2 – altre entrate

Parte Spesa

CNI	DECLARATORIA	MISSIONE PROGRAMMA TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI	CODICE identificativo delle transazioni di cui al punto 2 ALL. 7 D. LGS. 118/2011
U_____	INTERVENTI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DEL PIANO NAZIONALE INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PNRR – D.M. 315/2021	10.02.2	**U.2.02.01.01.001** Acquisto autobus	8 – spese non correlate ai finanziamenti dell'U.E.

2) ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D. Lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii., la variazione al Bilancio di Previsione 2022 e Pluriennale 2022-2024, approvato con approvato con L.R. n. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, come di seguito esplicitato:

Parte I^ - Entrata

CNI	DECLARATORIA	CODIFICA PIANO DEI CONTI	Variazione in aumento				
			Competenza Cassa e.f. 2022	Competenza e.f. 2023	Competenza e.f. 2024	Competenza e.f. 2025 (*)	Competenza e.f. 2026 (*)
E_____	PIANO NAZIONALE INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PNRR – D.M. 315/2021	E.4.02.01.01.000	4.915.223,00	6.388.524,00	12.581.610,00	13.760.568,00	9.828.864,00

Titolo Giuridico che supporta il credito: Decreto Ministeriale n. 315/2021 registrato da parte dell'Ufficio Centrale di Bilancio in data 11/08/2021 con il n. 2233 e registrato dalla Corte dei Conti il 12/08/2021 con il numero 2616.

Si attesta che l'importo relativo alla copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con debitore certo: Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili (ora Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti – MIT).

Parte II^ - Spesa

CNI	DECLARATORIA	CODIFICA PIANO DEI CONTI	Variazione in aumento				
			Competenza Cassa e.f. 2022	Competenza e.f. 2023	Competenza e.f. 2024	Competenza e.f. 2025 (*)	Competenza e.f. 2026 (*)
U_____	INTERVENTI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DEL PIANO NAZIONALE INVESTIMENTI COMPLEMENTARI AL PNRR – D.M. 315/2021 – ACQUISTO AUTOBUS	**U.2.02.01.01.001**	4.915.223,00	6.388.524,00	12.581.610,00	13.760.568,00	9.828.864,00

(*)agli stanziamenti oltre l'esercizio finanziario 2024 si provvederà in sede di approvazione dei bilanci di previsione futuri

La variazione proposta con il presente provvedimento, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio come previsto dal D.Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

L'importo complessivo del programma di investimenti derivante dal presente provvedimento è pari ad euro 47.474.789,00 a carico regionale e trova copertura finanziaria, per l'intero importo, sulle risorse assegnate dal Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili secondo quanto previsto dal D.M n. 315/2021, stanziate sul capitolo di nuova istituzione del presente provvedimento come da cronoprogramma individuato nella variazione di bilancio sopra indicata;

Agli accertamenti di entrata ed agli impegni di spesa provvederà il dirigente pro-tempore della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità con appositi atti dirigenziali per l'importo autorizzato con il presente provvedimento.

***

L'assessore relatore, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera k) della L.R. 7/1997, sulla base delle risultanze dell'istruttoria innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale:

1. di prendere atto di quanto esposto in premessa, parte integrante del presente provvedimento;
2. di modificare il *Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2022/2023*, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 403 del 28/03/2022;
3. di inserire la seguente procedura di affidamento "*Contratto applicativo dell' Accordo Quadro avente ad oggetto la fornitura in acquisto di Autobus a metano"* destinati alle amministrazioni provinciali;
4. di approvare l'allegato A, parte integrante del presente provvedimento, contenente le informazioni dettagliate per ciascun servizio, utili per l'inserimento dello stesso nella piattaforma dedicata.
5. di notificare il presente provvedimento alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale;
6. di demandare alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale l'aggiornamento del "Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2020/2021" secondo quanto sopra riportato;
7. istituire nuovi capitoli di entrata e di spesa ed apportare la variazione, in termini di competenza e di cassa, al Bilancio Regionale 2022 e pluriennale 2022/2024, approvato con L.R. n. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., come indicato nella sezione "copertura finanziaria" del presente provvedimento;
8. di prendere atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii.;
9. di approvare l'Allegato E/1 di cui al D.Lgs. n. 118/2011 nella parte relativa alla variazione al bilancio, costituente parte integrante del presente provvedimento;
10. di incaricare il Servizio Bilancio a trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n. 118/2011 conseguentemente all'approvazione della presente Deliberazione;
11. di autorizzare il Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità ad adottare tutti gli adempimenti conseguenti per l'attuazione del presente provvedimento;
12. di notificare, a cura della Sezione proponente, il presente provvedimento al Ministero delle Infrastrutture e delle Mobilità Sostenibile e alle imprese interessate;
13. di demandare alla Servizio proponente gli adempimenti ai fini dell'implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi del D. Lgs n. 33/2013;
14. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Sito Istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
15. di dare mandato al Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità di porre in essere, anche di concerto con Asset, tutti gli adempimenti necessari alla realizzazione della procedura di affidamento finalizzata all'acquisto dei mezzi;
16. di rinviare a successivo provvedimento l'approvazione delle modalità e della regolamentazione per l'utilizzo dei mezzi acquistati da parte dei soggetti esercenti il trasporto pubblico locale interurbano e suburbano;

17. di pubblicare il presente provvedimento in versione integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

La sottoscritta attesta che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Dirigente della Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità
Carmela Iadaresta

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento, ai sensi dell'art. 18, co. 1, DPGR del 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni sulla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Mobilità *Vito Antonio Antonacci*

L'ASSESSORE PROPONENTE *Anna Maurodinoia*

L'Assessore ai Trasporti e Mobilità Sostenibile

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Mobilità e Trasporti;
- viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- a voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto di quanto esposto in premessa, parte integrante del presente provvedimento;
2. di modificare il *Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2022/2023*, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 403 del 28/03/2022;
3. di inserire la seguente procedura di affidamento "*Contratto applicativo dell' Accordo Quadro avente ad oggetto la fornitura in acquisto di Autobus a metano"* destinati alle amministrazioni provinciali;
4. di approvare l'allegato A, parte integrante del presente provvedimento, contenente le informazioni dettagliate per ciascun servizio, utili per l'inserimento dello stesso nella piattaforma dedicata.
5. di notificare il presente provvedimento alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale;
6. di demandare alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale l'aggiornamento del "Programma biennale degli acquisti di servizi e forniture della Regione Puglia per il biennio 2020/2021" secondo quanto sopra riportato;
7. istituire nuovi capitoli di entrata e di spesa ed apportare la variazione, in termini di competenza e di cassa, al Bilancio Regionale 2022 e pluriennale 2022/2024, approvato con L.R. n. 52/2021, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale 2022-2024, approvato con D.G.R. n. 2/2022, ai sensi dell'art. 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., come indicato nella sezione "copertura finanziaria" del presente provvedimento;
8. di prendere atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.Lgs. n.118/2011 e ss.mm.ii.;
9. di approvare l'Allegato E/1 di cui al D.Lgs. n. 118/2011 nella parte relativa alla variazione al bilancio, costituente parte integrante del presente provvedimento;

10. di incaricare il Servizio Bilancio a trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n. 118/2011 conseguentemente all'approvazione della presente Deliberazione;
11. di autorizzare il Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità ad adottare tutti gli adempimenti conseguenti per l'attuazione del presente provvedimento;
12. di notificare, a cura della Sezione proponente, il presente provvedimento al Ministero delle Infrastrutture e delle Mobilità Sostenibile e alle imprese interessate;
13. di demandare alla Servizio proponente gli adempimenti ai fini dell'implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi del D. Lgs n. 33/2013;
14. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Sito Istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
15. di dare mandato al Dirigente della Sezione Trasporto Pubblico Locale e Intermodalità di porre in essere, anche di concerto con Asset, tutti gli adempimenti necessari alla realizzazione della procedura di affidamento finalizzata all'acquisto dei mezzi;
16. di rinviare a successivo provvedimento l'approvazione delle modalità e della regolamentazione per l'utilizzo dei mezzi acquistati da parte dei soggetti esercenti il trasporto pubblico locale interurbano e suburbano;
17. di pubblicare il presente provvedimento in versione integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario generale della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

ALLEGATO A

Carmela Iadaresta
05.12.2022
16:11:43
GMT+00:00

Dettaglio Acquisto

* Indica un dato obbligatorio

Dati generali

Numero intervento CUI	
* Settore	Forniture
Codice interno attribuito dall'amministrazione	
* Descrizione dell'acquisto	Acquisto di autobus
* Annualità avvio procedura di affidamento	2022
Mese previsto per avvio procedura contrattuale	Dicembre
* CUP non richiesto o esente	[Sì/No] Se No compilare i seguenti 3 campi
* Codice CUP di progetto (assegnato da CIPE)	
* Credenziali per il servizio CUP username	
*Credenziali per il servizio CUP password	
* Acquisto ricompreso nell'importo di lavoro o altra acquisizione nel programma?	NO
* Codice NUTS	ITF4
* Codice CPV	34121100-2
Descrizione CPV	- Autobus pubblici
Quantità	
Unità di misura	
* Livello di Priorita'	[Massima]
* RUP	Carmela Iadaresta
Direzione generale	
Struttura operativa	

ALLEGATO A

***** Dirigente responsabile d'ufficio Carmela Iadaresta

***** Lotto funzionale? SI

***** Durata del contratto (espresso in mesi) 60

***** Nuovo affidamento contratto in essere? [No]

*** Quadro delle risorse (per risorse su capitolo di bilancio vedi quadro Pag 4)**

Tipologie Risorse	Stima dei costi			
	Primo anno	Secondo anno	Annualità successive	Totale
Risorse acquisite mediante apporti di capitale pubblico	4.915.223,00	6.388.524	26.342.178	47.474.789

Risorse derivanti da trasferimento immobili no

Importo complessivo 47.474.789

Spese già sostenute 0,00

Totale 47.474.789

Di cui IVA 8.561.027,52

Importo al netto di IVA 38.913.761,47

Acquisti verdi

***** Sono presenti acq. verdi art. 34 Dlgs 50/2016 [Sì/No]

Modalità di affidamento

***** Procedura affidamento

- Affidamento diretto in adesione ad accordo quadro/convenzione

***** Si intende delegare la procedura di affidamento? [Sì] Se Sì compilare i seguenti 2 campi

***** Codice AUSA Centrale di Committenza o Soggetto Aggregatore 226120

***** Denominazione Centrale di Committenza o Soggetto Aggregatore CONSIP

Altri dati

Referente per i dati comunicati

ALLEGATO A

Valutazione del responsabile dl programma

Eventuali note

ALLEGATO A

Da ripetere per ogni capitolo di bilancio

Risorsa per capitolo di bilancio

***** Numero capitolo di bilancio NUOVA ISTITUZIONE

Importo risorse finanziarie regionali

Importo risorse finanziarie stato/UE 47.474.789

Importo risorse finanziarie altro

Quadro delle risorse per capitolo di bilancio

	Stima dei costi			
*** Tipologie Risorse**	Primo anno	Secondo anno	Annualità successive	Totale
Risorse derivanti da entrate aventi destinazione vincolata per legge	4.915.223,00	6.388.524	26.342.178	47.474.789
Risorse derivanti da entrate acquisite mediante contrazione di mutuo				
Stanziamenti di bilancio				
Finanziamenti art. 3 DL 310/1990				
Altra tipologia				

Importo complessivo 47.474.789

Spese già sostenute

Totale 47.474.789

* Di cui IVA 8.561.027,52

* Importo al netto di IVA 38.913.761,47

Altri dati

Note

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 di Giunta del 05/12/2022 n. 814~~

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ... - ESERCIZIO 2020	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2022
MISSIONE		10	*trasporti e diritto alla mobilita'*					
	Programma	2	Trasporto pubblico locale					
	Titolo	2	Spese in conto capitale	residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
Totale Programma		2	Trasporto pubblico locale	residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
	Programma	2	Trasporto pubblico locale					
	Titolo	2	Spese in conto capitale	residui presunti				
				previsione di competenza		- 4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE MISSIONE		10	*trasporti e diritto alla mobilita'*	residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA				residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE				residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		

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 di Giunta del 05/12/2022 n. 814~~

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. ... - ESERCIZIO 2020	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO ESERCIZIO 2020
TITOLO		4	Entrate in conto capitale					
Tipologia		200	Contributi agli investimenti da Amministrazioni pubbliche	residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE TITOLO		4	Entrate in conto capitale	residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE VARIAZIONE IN ENTRATA				residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE				residui presunti				
				previsione di competenza		4.915.223,00		
				previsione di cassa		4.915.223,00		

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE

Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

Carmela Iadaresta
05.12.2022 16:11:43
GMT+00:00

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
TRA	DEL	2022	34	07.12.2022

DM 315/21#PIANO NAZIONALE COMPLEMENTARE AL PNRR - MODIFICHE AL PROGRAMMA ACQUISTI DI SERVIZI E FORNITURE 2022/2023, APPROVATO DGR N. 403/2022. VARIAZIONE, EX ART. 51 C.2 D.LGS. 118/2011 E S.M.I., AL BILANCIO DI PREVISIONE 2022 E PLURIENNALE 2022-2024, AL DOCUMENTO TECNICO DI ACCOMPAGNAMENTO E AL BILANCIO FINANZIARIO GESTIONALE 2022-2024.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Firmato digitalmente da:
PAOLINO GUARINI
Regione Puglia
Firmato il: 08-12-2022 14:15:04
Seriale certificato: 6450f75
Valido dal 08-04-2020 al 08-04-2023

Firmato digitalmente da
NICOLA PALADINO
DR. ALADINO
SerialNumber =
TINIT-
C = IT

REGIONE PUGLIA – SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 dicembre 2022, n. 1866

Approvazione "Piano d'azione per contrastare la diffusione di Xylella fastidiosa (Well et al.) in Puglia" biennio 2023-2024.

L'Assessore all'Agricoltura, Industria Agroalimentare, Risorse agroalimentari, Riforma fondiaria, Caccia e pesca, Foreste, Donato Pentassuglia, sulla base delle risultanze dell'istruttoria espletata dalla P.O. " Programmazione e gestione fitosanitaria", confermata dal Dirigente della Sezione Osservatorio fitosanitario, riferisce quanto segue:

VISTI

- Il Regolamento (UE) 2016/2031 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 ottobre 2016 relativo alle misure di protezione contro gli organismi nocivi per le piante, che modifica i regolamenti (UE) n. 228/2013, (UE) n. 652/2014 e (UE) n. 1143/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio e che ha abrogato le direttive 69/464/CEE, 74/647/CEE, 93/85/CEE, 98/57/CE, 2000/29/CE, 2006/91/CE e 2007/33/CE del Consiglio.
- Il Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 marzo 2017, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari.
- Il Regolamento di esecuzione (UE) n. 2020/1201 della Commissione del 14/08/2020 relativo alle misure per prevenire l'introduzione e la diffusione nell'Unione della *Xylella fastidiosa*.
- La legge n. 44 del 21/05/2019, di conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge n. 27 del 29/03/2019 "Disposizioni urgenti in materia di rilancio dei settori agricoli in crisi e di sostegno alle imprese agroalimentari colpite da eventi atmosferici avversi di carattere eccezionale e per l'emergenza nello stabilimento Stoppani, sito nel Comune di Cogoleto" che ha modificato/integrato la disciplina giuridica di contrasto ai patogeni da quarantena.
- Il Decreto Legislativo 2 febbraio 2021, n. 19 "Norme per la protezione delle piante dagli organismi nocivi in attuazione dell'articolo 11 della legge 4 ottobre 2019, n. 117, per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/2031 e del regolamento (UE) 2017/625".
- Il Decreto del Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali del 24 gennaio 2022 "Adozione del Piano di emergenza nazionale per il contrasto di Xylella fastidiosa (Well et al.).
- Il Decreto del Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali n.0169819 del 13/04/2022 "Caratteristiche, ambiti di competenza, strutture e modalità di riconoscimento dei laboratori che operano nell'ambito della protezione delle piante".
- La legge regionale 4 giugno 2007, n. 14 "Tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia".
- La legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 "Gestione della batteriosi da *Xylella fastidiosa* nel territorio della regione Puglia" e s.m.i.
- La legge regionale 30 aprile 2019, n. 19 (BURP n° 46/2019) recante "Integrazioni alla legge regionale 25 febbraio 2010, n. 3 (Disposizioni in materia di attività irrigue e forestali), commissariamento dell'Agenzia per le attività irrigue e forestali (ARIF) e abrogazione dell'articolo 11 della legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 (Gestione della batteriosi da *Xylella fastidiosa* nel territorio della regione Puglia)".
- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 2164 del 22/12/2021, che ha istituito un regime di aiuto per le imprese che hanno adempiuto alla distruzione delle piante infette da *Xylella fastidiosa* in seguito ad ingiunzione di abbattimento (SA.100575).
- La determina n. 177 del 30/12/2021 con cui è stata revocata l'area delimitata di "Canosa di Puglia", ai sensi

del par. 2 dell'art. 6 del Reg. 2020/1201, sulla base delle risultanze delle indagini svolte nel corso del 2021 e in seguito all'adozione delle misure di cui all'articolo 5, paragrafo 1 del Reg. 2020/1201.

- La determina dirigenziale n. 13 del 15/03/2022 con cui è stato affidato il "Servizio di analisi di laboratorio ufficiali per rilevare la presenza di *Xylella fastidiosa* sul territorio della regione Puglia", ai sensi dell'art. 63, comma 2, lett. b) del d.lgs. n. 50 del 2016, ai laboratori ufficiali designati al MIPAAF e siti nella Regione Puglia, quali:
  - CIHEAM - Istituto Agronomico Mediterraneo -Valenzano (BA)
  - Centro di Ricerca, Sperimentazione e Formazione in Agricoltura "Basile Caramia" Locorotondo (BA)
  - Dipartimento di scienze e tecnologie biologiche - Univ. Salento - Lecce
  - Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimenti Risorse Naturali e Ingegneria - Univ. Foggia
  - Dipartimento di scienze del suolo, della pianta e degli alimenti - Univ. Bari.
- La determina n. 127 del 17/11/2022 con cui sono state aggiornate le aree delimitate alla *Xylella fastidiosa* sub specie Pauca ST53.

VISTI ALTRESI'

- La Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)".
- La Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024".
- La D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione. "

PREMESSO CHE

- L'autorità fitosanitaria competente, se confermata ufficialmente la presenza di un organismo nocivo prioritario nel territorio di uno Stato membro dell'Unione Europea, adotta uno specifico piano d'azione recante le misure per l'eradicazione e/o il contenimento previste dalla normativa fitosanitaria europea.
- L'Osservatorio fitosanitario della Regione Puglia è l'Autorità fitosanitaria competente ai sensi dell'art. 6 del Decreto legislativo 2 febbraio 2021, n. 19 in materia di controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali definite dal Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 marzo 2017.

PRESO ATTO CHE

L'attuazione delle misure di contrasto degli organismi nocivi da quarantena in applicazione dei provvedimenti di emergenza fitosanitaria è in deroga, ai sensi dell'art. 33 del D.lgs 19/2021, a ogni disposizione vigente, comprese quelle di natura vincolistica, nei limiti e secondo i criteri indicati nei medesimi provvedimenti di emergenza fitosanitaria.

RILEVATO CHE

- Il Reg. (UE) 2017/625 classifica come 'Altre attività ufficiali' le indagini finalizzate ad accertare la presenza di organismi nocivi per le piante, l'applicazione delle misure fitosanitarie per prevenire la diffusione degli organismi nocivi e quelle necessarie per la loro eradicazione o contenimento in capo all'Autorità fitosanitaria competente.
- Il richiamato regolamento prevede le condizioni per la delega dei compiti riguardanti le altre attività ufficiali (articoli 29 e 31), individua gli obblighi degli organismi delegati e delle persone fisiche (articolo 32) e gli obblighi delle autorità competenti deleganti (articolo 33).

TENUTO CONTO CHE

- La legge regionale 25 febbraio 2010, n. 3 e s.m.i. assegna all'Agenzia per le attività irrigue e forestali (ARIF), ente strumentale della Regione Puglia, una funzione di supporto all'Osservatorio nell'attuazione delle misure di monitoraggio, prevenzione, estirpazione e comunicazione finalizzate alla gestione dell'emergenza.

- L'Osservatorio, per l'esecuzione delle analisi di laboratorio relative ad "Altre attività ufficiali" si deve avvalere di laboratori ufficiali designati ai sensi dell'art. 37 del Reg. UE 2017/625 o in deroga ai sensi dell'art. 40 del Reg. UE 2017/625.

- L'Osservatorio fitosanitario si avvale di InnovaPuglia s.p.a. per il supporto tecnico-scientifico e dei Carabinieri Forestali per assicurare i controlli sul rispetto dell'applicazione delle misure obbligatorie di lotta ai vettori e sulla movimentazione delle specie specificate.

- Il "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia- biennio 2023-2024" di cui all'allegato A del presente provvedimento, per formarne parte integrante e sostanziale:

  - è stato redatto ai sensi della normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente e sulla base del rischio fitosanitario, sentito il Comitato tecnico-scientifico Xylella costituito con DGR n. 15 dell'11 gennaio 2021;
  - ha tenuto conto delle raccomandazioni della Commissione Europea contenute nel report di audit condotto in Italia e in Puglia dal 13 al 24 giugno 2022;
  - è stato discusso e approvato nella seduta del Comitato fitosanitario nazionale del 29/11/2022.

RITENUTO NECESSARIO

Assicurare continuità nello svolgimento delle attività di contrasto alla diffusione della *Xylella fastidiosa* e pertanto approvare il "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia- biennio 2023-2024" di cui all'allegato A del presente provvedimento, per formarne parte integrante e sostanziale, che potrà essere oggetto di modifica da parte dell'Osservatorio sulla base dei risultati dell'attività di sorveglianza e della valutazione del rischio fitosanitario o di eventuali modifiche normative che dovessero sopraggiungere.

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è:
❑ diretto
❑ indiretto
X neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

La Regione Puglia assicura la copertura finanziaria del "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia 2013-2014" per un importo pari a € 3.620.000,00 per il 2023 e € 4.020.000,00 per il 2024 a valere sugli esercizi 2023-2024 del Bilancio Gestionale, approvato con Deliberazione della Giunta regionale n. 2 del 20/01/2022.

L'Osservatorio provvederà ad impegnare le somme nel 2023.

Capitolo Bilancio autonomo	Declaratoria	Stanz. Ini. 2023	Stanz. Ini. 2024
U0111034	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. TRASFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI LOCALI	500.000,00	500.000,00
U0111038	SPESE PER L'ATTIVITA' DEL SERVIZIO FITOSANITARIO REGIONALE, ANCHE IN CONVENZIONE CON ENTI DI RICERCA, PER MONITORAGGIO E CONTROLLO MALATTIE DA QUARANTENA E CERTIFICAZIONE MATERIALE VIVAISTICO . ACQUISTI ALTRI BENI DI CONSUMO	20.000,00	20.000,00
U0111039	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. TRASFERIMENTI CORRENTI AL RESTO DEL MONDO	300.000,00	300.000,00
U0111041	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. TRAFERIMENTI CORRENTI AD AMMINISTRAZIONI CENTRALI	400.000,00	400.000,00
U0111042	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. TRAFERIMENTI CORRENTI AD ALTRE IMPRESE	100.000,00	500.000,00
U0111044	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. ACQUISTO ALTRISERVIZI	1.000.000,00	1.000.000,00
U0111057	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. SPESE PER RAPPRESENTANZA, ORGANIZZAZIONE DI EVENTI, PUBBLICITA' E SERVIZI PER TRASFERTA.	200.000,00	200.000,00
U0111058	INTERVENTI URGENTI PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA. STAMPA E RILEGATURA.	100.000,00	100.000,00
U0111059	INTERVENTI ASSEGNATI AD ARIF CON LEGGE 19/2019 PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA ERADICAZIONE DEL BATTERIO DA QUARANTENA XYLELLA FASTIDIOSA.	1.000.000,00	1.000.000,00
		3.620.000,00	4.020.000,00

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 7/1997, propone alla Giunta:

- di approvare quanto riportato in narrativa;

- di assicurare continuità nello svolgimento delle attività di contrasto alla diffusione della *Xylella fastidiosa* e pertanto approvare il "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.)

in Puglia- biennio 2023-2024" di cui all'allegato A del presente provvedimento, per formarne parte integrante e sostanziale, che potrà essere oggetto di modifica da parte dell'Osservatorio sulla base dei risultati dell'attività di sorveglianza e della valutazione del rischio fitosanitario o di eventuali modifiche normative che dovessero sopraggiungere;

- di definire i rapporti con i soggetti attuatori delle misure previste nel Piano d'azione con specifiche convenzioni da approvare con successivi provvedimenti;

- di dare mandato alla Sezione Osservatorio Fitosanitario di notificare il presente provvedimento a: MASAF, Carabinieri forestali, Prefetti, Comuni rientranti nelle aree delimitate, Polizia Stradale, Guardia di Finanza, Agenzia delle Dogane degli aeroporti di Puglia, Sezione Vigilanza Ambientale regionale, Polizia della Città Metropolitana, Polizia Municipale dei comuni ricadenti nelle aree delimitate;

- di stabilire che il presente provvedimento è pubblicato sul BURP in versione integrale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal funzionario responsabile della P.O. "Programmazione e gestione fitosanitaria" e confermato dal Dirigente della Sezione Osservatorio, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Funzionario P.O. (Dr. Anna Percoco)

Il Dirigente della Sezione (Dr. Salvatore Infantino)

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il Direttore del Dipartimento Agricoltura, Sviluppo Rurale e Ambientale
(Prof. Gianluca Nardone)

L'Assessore all'Agricoltura
(Dott. Donato Pentassuglia)

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore Donato Pentassuglia; viste le sottoscrizioni apposte in calce alla proposta di deliberazione; a voti unanimi espressi nei modi di legge

D E L I B E R A

- Di approvare quanto riportato in narrativa;

- di assicurare continuità nello svolgimento delle attività di contrasto alla diffusione della *Xylella fastidiosa* e pertanto approvare il "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia- biennio 2023-2024" di cui all'allegato A del presente provvedimento, per formarne parte integrante e sostanziale, che potrà essere oggetto di modifica da parte dell'Osservatorio sulla base dei risultati dell'attività di sorveglianza e della valutazione del rischio fitosanitario o di eventuali modifiche normative che dovessero sopraggiungere;

- di definire i rapporti con i soggetti attuatori delle misure previste nel Piano d'azione con specifiche convenzioni da approvare con successivi provvedimenti;

- di dare mandato alla Sezione Osservatorio Fitosanitario di notificare il presente provvedimento a: MASAF, Carabinieri forestali, Prefetti, Comuni rientranti nelle aree delimitate, Polizia Stradale, Guardia di Finanza, Agenzia delle Dogane degli aeroporti di Puglia, Sezione Vigilanza Ambientale regionale, Polizia della Città Metropolitana, Polizia Municipale dei comuni ricadenti nelle aree delimitate;

- di stabilire che il presente provvedimento è pubblicato sul BURP in versione integrale

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ANNA LOBOSCO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA

Allegato A

SALVATORE
INFANTINO
06.12.2022
12:47:54
GMT+00:00

Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia 2023-2024

A cura dell'Osservatorio fitosanitario – Regione Puglia
Lungomare Nazario Sauro 45/47 - 70121 Bari
PEC osservatoriofitosanitario.regione@pec.rupar.puglia.it

Sommario

1 Premessa 6
2 Quadro normativo 6
3 Obiettivi 7
4 Le azioni 7
4.1 Aree delimitate 8
4.2 Programmazione attività di sorveglianza fitosanitaria 8
4.2.1 Area delimitata “Salento”-zona infetta in cui si attuano misure di contenimento 13
4.2.2 Area delimitata “Valle D’Itria”- zona infetta in cui si applicano misure di eradicazione 13
4.2.3 Aree delimitate “Valle D ‘Itria” e “Salento” – zona cuscinetto 13
4.2.4 Area indenne 13
4.3 Sorveglianza a seguito di rinvenimento di pianta infetta 14
4.3.1 Area cuscinetto, indenne e area infetta “Valle D’Itria” 14
4.3.2 Area delimitata “Salento “ Zona in cui si applicano misure di contenimento 15
4.4 Rimozione delle piante 15
4.4.1 Misure di eradicazione 15
4.4.2 Misure di contenimento 15
4.4.3 Distruzione delle piante 15
4.5 Procedura di notifica alle istituzioni nazionali ed europee 16
4.6 Procedura di notifica ai proprietari 16
4.7 Indennizzi estirpazione 17
4.8 Sorveglianza fitosanitaria ai sensi della legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 e s.m.i. 17
4.9 Monitoraggio dei vettori 17
4.9.1 Strategia di controllo dei vettori 18
4.9.2 Misure fitosanitarie contro le forme giovanili 18
4.9.3 Misure fitosanitarie contro gli adulti 19
4.10 Divieto di impianto specie specificate 23
4.11 Controlli ufficiali 24
4.11.1 Controlli ufficiali nei vivai 24
4.11.2 Controlli ufficiali nel posto di controllo frontaliero (Porto di Bari) e porti e aeroporti 25
4.11.3 Movimentazione delle specie specificate 25
4.11.4 Controlli ufficiali sull’applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo alla fase giovanile dei vettori 25

4.11.5 Applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo nella fase adulta dei vettori 25
4.12 Controlli e sanzioni amministrative.....25
4.13 Comunicazione.....25
4.14 Ricerca e collaudo delle innovazioni.....26
4.14.1 Piano straordinario per la rigenerazione olivicola della Puglia.....26
4.14.2 Impiego sperimentale di cani in controllo di vivai e punti di entrata.....27
4.14.3 Valutazione/validazione dell'utilizzo di immagini aeree per l'identificazione precoce di focolai di Xylella (Early remote sensing).....27
5 Governance.....28
6 Fonti di finanziamento.....29
7 Cronoprogramma delle attività.....30

Glossario

a. Organismo nocivo specificato: *Xylella fastidiosa* (Wells et al.) e tutte le sue sottospecie;
b. *Xylella fastidiosa* subspecie pauca ST53: sottospecie della *Xylella fastidiosa* individuata nella Regione Puglia;
c. Piante ospiti: tutte le piante da impianto, escluse le sementi, elencate nell'allegato I del Reg. UE 2020/1201, sensibili a una o più sottospecie di *Xylella fastidiosa*;
d. Piante specificate: piante ospiti da impianto, escluse le sementi, notoriamente sensibili alla *Xylella fastidiosa* sottospecie pauca di cui all'allegato II del Reg. (UE) 2020/1201;
e. Area delimitata: area costituita da una zona infetta e da una zona cuscinetto;
f. Zona infetta: zona di raggio di almeno 50 m attorno alla pianta infetta da *Xylella fastidiosa*;
g. Zona infetta Salento: zona infetta da *Xylella fastidiosa* elencata nell'allegato III, parte A del Reg. UE 2020/1201, comprendente l'intera provincia di Lecce, Brindisi, alcuni comuni della provincia di Taranto e il comune di Locorotondo della provincia di Bari;
h. Zona cuscinetto = zona attorno ad una zona infetta che può avere una larghezza di:
    a) almeno 2,5 km quando la zona infetta è stabilita ai fini dell'adozione delle misure di eradicazione di cui agli articoli da 7 a 11 del Reg. (UE) 2020/1201;
    b) almeno 5 km quando la zona infetta è stabilita ai fini dell'adozione delle misure di contenimento di cui agli articoli da 12 a 17 del Reg. (UE) 2020/1201.
i. Zona di contenimento: zona di almeno 5 km dal confine tra la zona infetta Salento e la zona cuscinetto che si estende dallo Jonio all'Adriatico in cui si applicano le misure di contenimento (lettera a) comma 2 dell'art. 15 del Reg. (UE) 2020/1201;
j. Zona indenne: territorio della Regione Puglia in cui non sono state individuate piante infette da *Xylella fastidiosa*;
k. Eradicazione: applicazione di misure fitosanitarie per eliminare un organismo nocivo da una zona;
l. Contenimento: applicazione di misure fitosanitarie in una zona infetta per contenere la diffusione di un organismo nocivo;
m. Autorità competente: Autorità regionale responsabile dell'organizzazione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali, in conformità al Reg. (UE) 2017/625;
n. Organismo delegato: una persona giuridica distinta alla quale le autorità competenti delegano determinati compiti riguardanti i controlli ufficiali o determinati compiti riguardanti altre attività ufficiali;
o. Posto di controllo frontaliero: un luogo, nonché le strutture ad esso pertinenti, designato da uno Stato membro per l'esecuzione dei controlli ufficiali;
p. Punto di uscita: un posto di controllo frontaliero o qualsiasi altro luogo designato da uno Stato membro attraverso il quale i vegetali escono dal territorio doganale dell'Unione;
q. Controllo documentale: la verifica dei certificati ufficiali, degli attestati ufficiali e degli altri documenti, compresi i documenti di natura commerciale, che devono accompagnare la partita, come previsto dalla normativa vigente;
r. Controllo di identità: un esame visivo per verificare che il contenuto e l'etichettatura di una partita corrispondano alle informazioni contenute nei certificati ufficiali, negli attestati e negli altri documenti ufficiali di accompagnamento;
s. Controllo fisico: un controllo di vegetali e, se del caso, controlli di imballaggi, mezzi di trasporto, etichettatura e temperatura, campionamento ai fini di analisi, prova e diagnosi e qualsiasi altro controllo necessario a verificare la conformità alla normativa vigente;
t. Piana degli ulivi secolari: Piana degli ulivi secolari di cui al Piano Paesaggistico Territoriale della Regione Puglia (PPTR) approvato con DGR 16 febbraio 2015, n. 176 e s.m.i.;

u. RiBESS +: strumento statistico che calcola la dimensione del campione basato sull'analisi del rischio;
v. Livello di confidenza: è il grado di fiducia che l'intervallo possa contenere effettivamente il parametro di interesse;
w. Prevalenza: Il numero totale di piante infette presenti in un determinato momento in una popolazione.

1 Premessa

Il presente piano d'azione, redatto ai sensi dell'art. 27 del Regolamento (UE) 2016/2031 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 ottobre 2016, del Regolamento di esecuzione (UE) n. 2020/1201 della Commissione del 14 agosto 2020, del Decreto legislativo 29 del 2021 e del Piano nazionale di emergenza per la gestione di *Xylella fastidiosa* in Italia adottato con Decreto del Ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali 24 gennaio 2022.

Il Piano d'azione descrive l'organizzazione della sorveglianza nel biennio 2023-2024 e la strategia operativa che l'Autorità competente regionale adotta, ossia l'Osservatorio Fitosanitario della Regione Puglia (di seguito Osservatorio). In particolare, esso descrive le misure per l'eradicazione dell'organismo nocivo e quelle per il suo contenimento, unitamente a un calendario di attuazione delle misure. Il piano comprende, inoltre, una descrizione della progettazione e dell'organizzazione delle indagini da svolgere.

Il Piano tiene conto anche delle raccomandazioni degli auditors della DG Santè della Commissione Europea contenute nel report di audit condotto dal 13 giugno al 24 giungo 2022.

Com'è noto, l'attuazione delle misure di contrasto degli organismi nocivi da quarantena in applicazione di provvedimenti di emergenza fitosanitaria è in deroga, ai sensi dell'art. 33 del D.lgs 19/2021, a ogni disposizione vigente, comprese quelle di natura vincolistica, nei limiti e secondo i criteri indicati nei medesimi provvedimenti di emergenza fitosanitaria.

L'Osservatorio, con specifici provvedimenti dirigenziali, adotta le procedure di attuazione necessarie per applicare il Piano di azione e stabilire il numero dei campionamenti e delle prove di laboratorio da effettuare, nonché la metodologia di laboratorio da applicare, valorizzando il contributo delle comunità locali anche stipulando specifici protocolli di intesa.

Il Piano tiene conto delle risultanze delle diverse prove sperimentali (in serra ed in campo) condotte dall'Istituto della Protezione Sostenibile delle Piante (IPSP) del CNR d Bari e finalizzate alla verifica della suscettibilità di diverse specie arboree di interesse per la Puglia, quali l'*Olea europea* e le specie dei generi *Prunus, Citrus e Vitis*. I dati sperimentali dell'IPSP e di due strutture di ricerca francesi quali ANSES e INRA, hanno evidenziato che per agrumi, pesco, albicocco e susino, nessuna delle cultivar è risultata suscettibile. Questi risultati sono confermati dagli esiti dell'attività di sorveglianza fitosanitaria condotta dall'Osservatorio dal 2013 ad oggi. Nelle aree delimitate sono state campionate e analizzate migliaia di piante appartenenti alle suddette specie e non sono mai state individuate piante infette. Pertanto, tali specie, pur essendo inserite nell'elenco delle specie specificate alla *Xylella fastidiosa* pauca di cui all'allegato II del Reg. UE 2020/1201, non sono oggetto di sorveglianza e, conseguentemente, di applicazione delle misure di eradicazione.

2 Quadro normativo

- Regolamento (UE) n. 2016/2031 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26/10/2016 relativo alle misure di protezione contro gli organismi nocivi per le piante;
- Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 marzo 2017, relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari;
- Regolamento di esecuzione (UE) n. 2020/1201 della Commissione del 14/08/2020 relativo alle misure per prevenire l'introduzione e la diffusione nell'Unione della *Xylella fastidiosa*;
- Regolamento di esecuzione (UE) 2021/2130 della Commissione del 2 dicembre 2021 che modifica il regolamento di esecuzione (UE) 2020/1201 per quanto riguarda gli elenchi delle piante notoriamente sensibili a *Xylella fastidiosa;*
- Legge n. 44 del 21/05/2019, conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge n. 27 del 29/03/2019 "*Disposizioni urgenti in materia di rilancio dei settori agricoli in crisi e di sostegno*

alle imprese agroalimentari colpite da eventi atmosferici avversi di carattere eccezionale e per l'emergenza nello stabilimento Stoppani, sito nel Comune di Cogoleto" che ha modificato/integrato la disciplina giuridica di contrasto ai patogeni da quarantena;

- Decreto Legislativo 2 febbraio 2021, n. 19 "*Norme per la protezione delle piante dagli organismi nocivi in attuazione dell'articolo 11 della legge 4 ottobre 2019, n. 117, per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/2031 e del regolamento (UE) 2017/625".*
- Legge regionale 4 giugno 2007, n. 14 "*Tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia*";
- Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 3 e s.m.i. "*Disposizioni in materia di attività irrigue e forestali*";
- Legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 e s.m.i. "*Gestione della batteriosi da Xylella fastidiosa nel territorio della regione Puglia*";
- Determina dirigenziale n° 67 del 26/07/2022 "Piano d'azione per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* (Well et al.) in Puglia" 2022 - Misure integrative dell'attività di sorveglianza";
- Determina dirigenziale n° 127 del 17/11/2022 "*Xylella fastidiosa* sottospecie Pauca ST53 - Aggiornamento delle aree delimitate ai sensi dell'art. 4 del Reg. UE 2020/1201"

3 Obiettivi

Obiettivo generale del piano è di anticipare l'evoluzione della malattia evitando di disperdere energie nelle aree dove ormai non è più possibile eradicare l'organismo nocivo. In particolare, la Regione Puglia si prefigge di:

a. Eradicare l'organismo nocivo o contenerne la diffusione per tutelare le aree indenni regionali ed evitare che la malattia si diffonda nel resto del territorio dell'Unione Europea attraverso l'attuazione immediata delle misure fitosanitarie e il monitoraggio sistematico dei vettori nelle aree indenni;
b. Prevenire la diffusione dell'organismo nocivo mediante la riduzione della popolazione dei vettori attraverso le lavorazioni del terreno e l'esecuzione di trattamenti con fitofarmaci;
c. Realizzare la campagna di comunicazione e informazione.

4 Le azioni

- Sorveglianza nelle aree delimitate;
- Sorveglianza nell'area indenne;
- Sorveglianza a seguito di rinvenimento di pianta infetta;
- Rimozione delle piante:
  - ✓ Misure di eradicazione;
  - ✓ Misure di contenimento;
- Sorveglianza fitosanitaria ai sensi della legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 e s.m.i;
- Monitoraggio dei vettori;
- Strategia di controllo dei vettori;
- Controlli ufficiali:
  - ✓ nei vivai;
  - ✓ nel punto di controllo frontaliero;
  - ✓ sulla movimentazione delle specie specificate anche in porti e aeroporti;
  - ✓ sull'applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo dei vettori;
- Comunicazione;
- Ricerca e collaudo delle innovazioni.

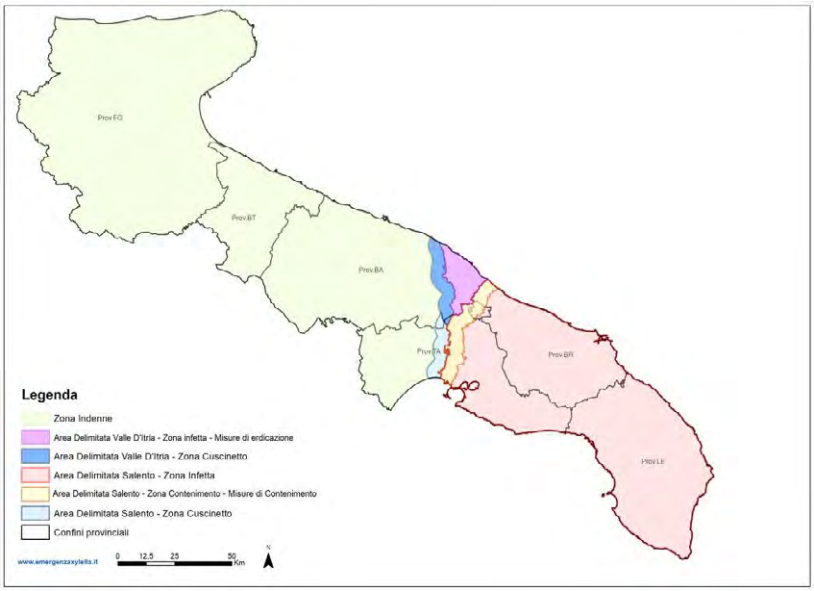
4.1 Aree delimitate

Le attuali aree delimitate istituite ai sensi dell'art. 4 del Regolamento di Esecuzione (UE) 2020/1201 della Commissione sono:

- **"Salento"** costituita da:
  - Zona infetta di cui all'Allegato III del Reg. 2020/1201 in cui, in un'area larga 5 km dal confine tra la zona infetta e la zona cuscinetto, si attuano misure di contenimento di cui agli articoli da 12 a 17 del Reg. UE 2020/1201;
  - Zona cuscinetto adiacente alla zona infetta della larghezza di 5 km;
- "**Valle D' Itria**" costituita da:
  - Zona infetta comprendente l'intero agro dei comuni di Monopoli, Polignano e Alberobello e parte dell'agro di Castellana Grotte, in cui si attuano misure di eradicazione di cui agli articoli da 7 a 11 del Reg. UE 2020/1201;
  - zona cuscinetto della larghezza di 5 km adiacente alla zona infetta;

L'ex area delimitata di "Canosa di Puglia" revocata con atto dirigenziale n° 177 del 30/12/2021, è sottoposta a sorveglianza fitosanitaria per assicurare il rispetto dei paragrafi 3 e 4 dell'art. 6 del Reg. (UE) 2020/1201. Le aree delimitate di cui alla DDS 127 del 17/1172022 sono rappresentate nella figura 1.

Figura 1 - Regione Puglia – Aree delimitate



Sulla base dell'attività di sorveglianza e del ritrovamento di piante infette si procede con provvedimento dirigenziale ad aggiornare le aree delimitate e conseguentemente il piano di sorveglianza.

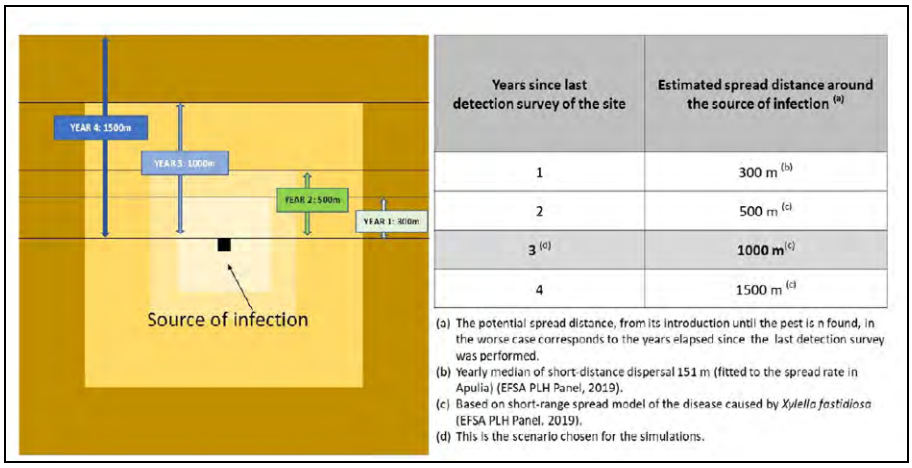
4.2 Programmazione attività di sorveglianza fitosanitaria

L'attività di sorveglianza è programmata sulla base delle "*Guidelines for statistically sound and risk-based surveys of Xylella fastidiosa*" dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) e delle conoscenze acquisite negli anni precedenti anche con la realizzazione delle attività di sorveglianza fitosanitaria in conformità con l'articolo 27 - *Piani d'azione per gli organismi nocivi prioritari* - del Reg. (UE) 2031/2016 e dell'articolo 2 - *Indagini relative all'organismo nocivo specificato nei territori degli Stati membri* - del Reg. (UE) 1201/2020. In particolare, le indagini sono eseguite

dall'Osservatorio e da soggetti delegati ai sensi del Reg. (UE) 2017/625 e si svolgono in pieno campo e nei vivai, nei centri per il giardinaggio e/o nei centri di vendita, nelle aree naturali e in altri luoghi pertinenti. Le indagini consistono nel prelievo di campioni e nella realizzazione di prove sulle piante da impianto assicurando un tasso di presenza di piante infette dell'1 % con un livello di confidenza di almeno l'80 %.

L'ampiezza della zona potenzialmente infetta da considerare intorno alla fonte di infezione, com'è noto, varia in funzione del tempo trascorso dall'ultima indagine di rilevamento e dalla velocità di diffusione della malattia (Gruppo EFSA PLH, 2019), così come si evince dalla figura 2.

Figura 2 – Ampiezza delle aree potenzialmente infette in funzione del tempo dal rilevamento della pianta infetta e della velocità di diffusione dell'organismo nocivo.

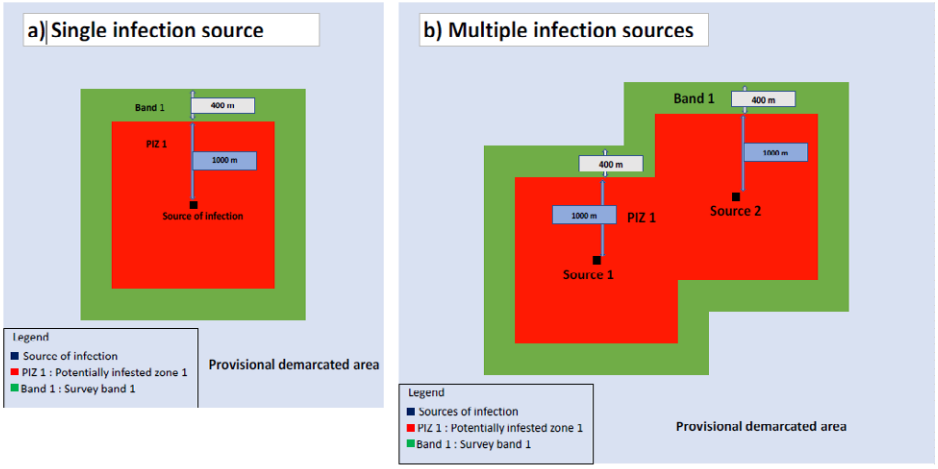


Years since last detection survey of the site	Estimated spread distance around the source of infection [a]
1	300 m [b]
2	500 m [c]
3 [d]	**1000 m** [c]
4	1500 m [c]

(a) The potential spread distance, from its introduction until the pest is n found, in the worse case corresponds to the years elapsed since the last detection survey was performed.
(b) Yearly median of short-distance dispersal 151 m (fitted to the spread rate in Apulia) (EFSA PLH Panel, 2019).
(c) Based on short-range spread model of the disease caused by *Xylella fastidiosa* (EFSA PLH Panel, 2019).
(d) This is the scenario chosen for the simulations.

Nella programmazione delle aree da sottoporre a sorveglianza, si tiene conto anche della tipologia di infezione, cioè se singola o multipla e della necessità di individuare ulteriori 400 m attorno alla zona infetta dove ha avuto inizio l'attività di sorveglianza. Nella figura 3 si descrive la modalità di delimitazione nell'ipotesi in cui la fonte di infezione sia presente da tre anni.

Figura 3 – Modalità di delimitazione nell'ipotesi in cui la fonte di infezione sia presente da tre anni



In conclusione, l'ampiezza delle aree potenzialmente infette è stata determinata considerando:

a. un'area larga 400 m (da 50 a 450m) intorno al buffer di 50 m di raggio di ciascuna pianta risultata infetta nel monitoraggio 2021 e 2022;

b. un'area larga 400 m (da 450 a 850 m) a ridosso della prima area (larga 400 m) definita intorno a ciascuna pianta infetta individuata nel monitoraggio 2021e 2022.

La dimensione del campione all'interno delle aree da sottoporre a sorveglianza viene determinata applicando 3 livelli di rischio: Alto (valore 2), medio (valore 1,5) e basso (valore 1). Nell'attribuire un livello di rischio alle varie aree si tiene conto del numero delle piante infette individuate nelle campagne di monitoraggio 2021 e 2022 (tabelle 1-2), della la loro distribuzione (figura 4), della presenza di ferrovie e strade di grande percorrenza, di centri di passaggio o sosta di numerosi automezzi (stazioni di servizio, agriturismi, centri di rimessaggio), di vivai, nonché dell'andamento della diffusione del batterio dal 2013 ad oggi.

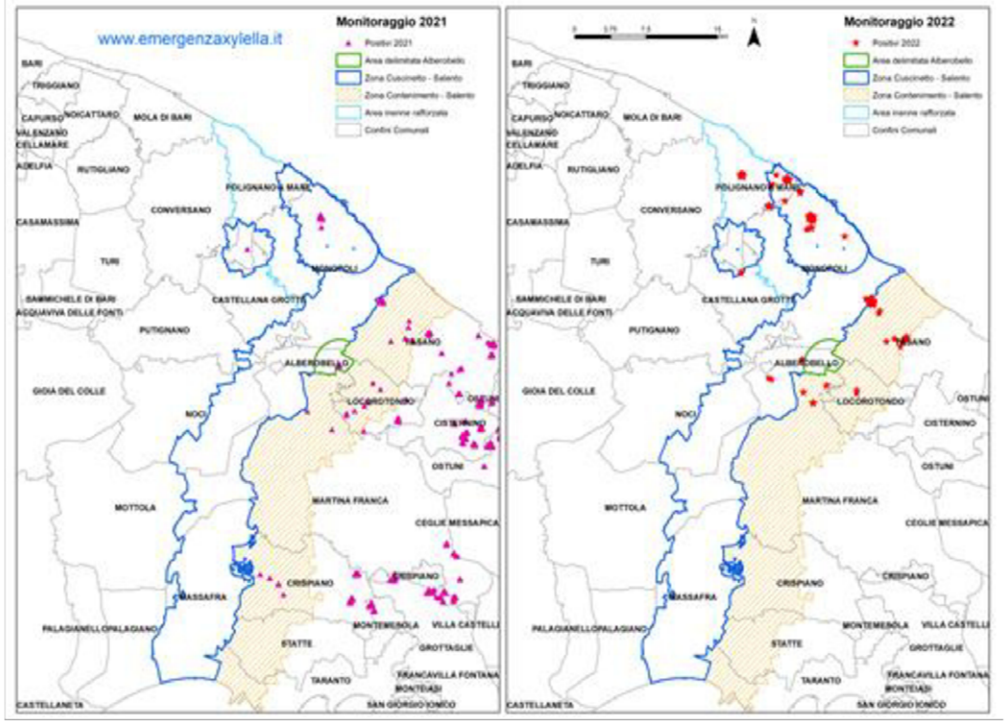
Tabella 1 - Monitoraggio 2021 - N° piante infette e distribuzione.

AREE DELIMITATE	AGRO COMUNALE	N. PIANTE INFETTE
Area delimitata Monopoli	Monopoli	40
Area delimitata Polignano	Polignano	1
Area delimitata Salento – zona misure di contenimento	Fasano, Locorotondo, Martina Franca, Crispiano,	88
Area delimitata Salento -zona cuscinetto	Alberobello	17
TOTALI		**146**

Tabella 2 - Monitoraggio 2022 - N° piante infette e distribuzione (aggiornamento novembre 2022).

ZONA DELIMITATA	AGRO COMUNALE	N. PIANTE INFETTE
Area delimitata Monopoli	Monopoli -	50
	Polignano	26
Area delimitata Polignano	Castellana Grotte	4
Area indenne Monopoli	Polignano	39
Area delimitata Salento - zona misure di contenimento	Fasano	95
	Locorotondo-	2
	Martina Franca -	20
Area delimitata Salento	Alberobello	3
Zona cuscinetto	Monopoli	1
TOTALI		**240**

Figura 4 – Distribuzione delle piante infette rilevate nel 2021 e 2022



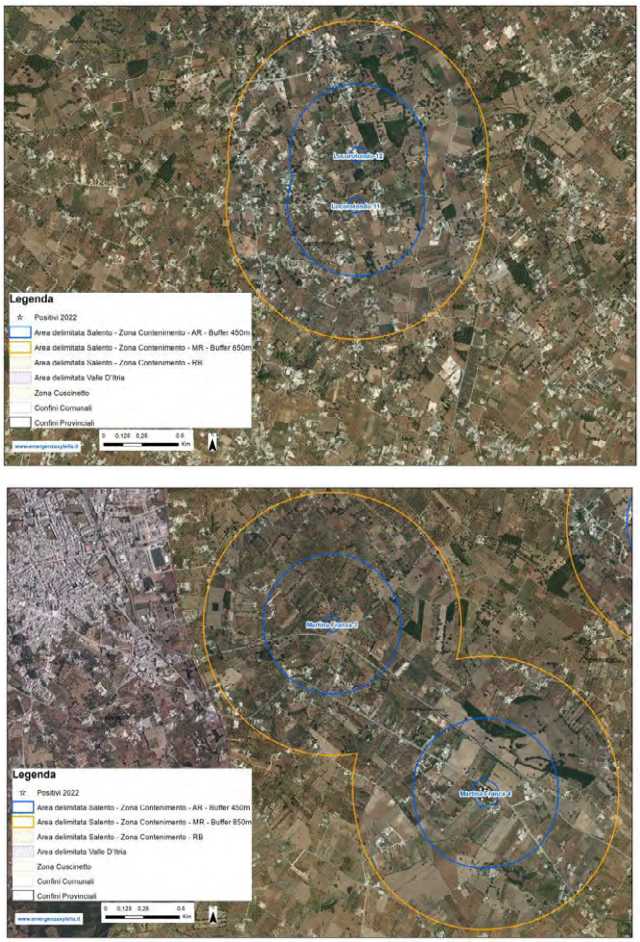
Nelle aree oggetto di sorveglianza si attribuiscono i livelli di rischio così come sintetizzati nella Tabella 3 e nella Figura 6.

Tabella 3 – Livelli di rischio attribuiti alle aree oggetto di sorveglianza.

AREA DELIMITATA	LIVELLO DI RISCHIO	TERRITORIO DI APPLICAZIONE	Identificativo zona	SUPERFICIE OLIVETI [HA]	SUPERFICIE FRUTTETI [HA]	SUPERFICIE ALTRE AREE [HA]
Area delimitata "Salento" - Zona in cui si attuano misure di contenimento	**Rischio Alto (RA)** – Valore di rischio 2	Area larga 400 m (da 50 a 450m) intorno al buffer di 50 m di raggio di ciascuna pianta risultata infetta nel monitoraggio 2022	A	492,14	10,97	8,19
	Rischio medio (RM) - Valore di rischio 1,5	Area larga 400 m (da 450m a 850m) intorno a ciascuna pianta risultata positiva nel monitoraggio 2022	B	763,95	26,72	18,31
	Rischio Basso (RB) – valore di rischio 1	Restante zona di contenimento	C	9.154,27	528,24	5.925,68
Area delimitata " Valle D'Itria"- zona infetta	**Rischio molto alto con sorveglianza totale del territorio**	100% superficie investita a olivo, mandorlo, ciliegio, verde urbano, macchia e boschi	D	15.598,59	470,67	1.658,52
Area delimitata " Valle D'Itria"- Area delimitata "Salento" - zona cuscinetto	**Rischio Alto (RA)** – Valore di rischio 2	Fascia 400 m della zona cuscinetto al confine con la zona contenimento e la zona infetta "Valle D'Itria"	E	1.307,08	280,55	754,67
	Rischio Alto (RA) – Valore di rischio 2	Aree di 100 m lungo le strade di grande percorrenza su entrambi i lati e aree limitrofe a tutti i centri di rimessaggio, stazioni di servizio, agriturismi.	F	706,95	391,84	217,22
	Rischio medio (MR) – Valore di rischio 1,5	Restante zona	G	9.176,02	2.817,36	4.621,02
Area indenne	**Rischio Alto (RA)** – Valore di rischio 2	Area di almeno 1 km a confine con la Basilicata	H	2.208,64	205,72	1.005,25
	Rischio medio (RM) – Valore di rischio 1,5	Area di 1 km attorno all'ex focolaio di Canosa	I	271,37	24,93	
	Rischio base (RB) – Valore di rischio 1	Restante territorio della zona indenne	L	328.682,71	19.089,90	109.765,86

Nella Figura 5 si riportano degli esempi di aree con rischio alto nell'area larga 400 m (da 50m a 450m) intorno a ciascuna pianta risultata positiva nel monitoraggio 2022 (area contornata dalla linea blu) e con rischio medio nell'area larga 400 m (da 450m a 850m) intorno a ciascuna pianta risultata positiva nel monitoraggio 2022 (area contornata dalla linea gialla).

Figura 5 – Esempi di aree con rischio alto e medio



Nelle aree delimitate innanzi citate, sulla base della metodologia descritta, dell'uso del suolo (presenza di oliveti, frutteti e di aree con possibile presenza di piante specificate di tipo ornamentale, macchia, ecc.) ricavato dai fascicoli AGEA, dalle ortofoto e dalle risultanze dei monitoraggi precedenti, si applica il RIBESS+ con i valori di prevalenza e di confidenza previsti dal Reg. (UE) 2020/1201 o se del caso più stringenti, ad eccezione della zona infetta dell'area delimitata "Valle D'Itria" dove saranno sottoposte a sorveglianza tutte le superfici investite a olivo, fruttiferi e aree di macchia mediterranea, boschi e verde pubblico.

L'applicazione del Ribess + prevede una metodologia a doppio step con la quale si definisce, con il primo step, il numero di piante da campionare in un ettaro (maglia) e con il secondo step il numero di ettari (maglie) da monitorare.

Nel programma di sorveglianza 2023 e 2024, in linea con la metodologia utilizzata nel 2022, si procede al prelievo di 7/14 campioni per ettaro a seconda dei valori di rischio applicati nelle diverse zone delimitate.

Le ispezioni finalizzate al prelievo dei campioni e il prelievo dei campioni sono svolte secondo le procedure dettate dall'Osservatorio.

4.2.1 Area delimitata "Salento"-zona infetta in cui si attuano misure di contenimento

La zona sarà sottoposta a sorveglianza applicando i seguenti valori di rischio:

1. Alto Rischio – valore di rischio 2 nell'area larga 400 m (da 50 a 450 m) intorno al buffer di 50 m di ciascuna pianta risultata infetta nel monitoraggio 2022;
2. Medio Rischio – valore di rischio 1,5 nell'area larga 400 m (da 450m a 850m) intorno a ciascuna pianta risultata positiva nel monitoraggio 2022;
3. Basso Rischio – valore di rischio 1 nella restante zona di contenimento.

Nelle aree così definite e tenuto conto delle piante infette individuate nel 2022, l'Osservatorio annualmente definisce con provvedimento dirigenziale le superfici da sottoporre a sorveglianza applicando il Ribess +, secondo le "*Guidelines for statistically sound and risk-based surveys of Xylella fastidiosa*" di EFSA.

4.2.2 Area delimitata "Valle D'Itria"- zona infetta in cui si applicano misure di eradicazione

Nella zona infetta della "Valle D'Itria", considerata un territorio con un livello di rischio molto alto, la sorveglianza si applicherà all'intera superficie investita a olivo, mandorlo, ciliegio, macchia, boschi e verde urbano, degli agri comunali di: Polignano, Monopoli, Alberobello e parte del comune di Castellana Grotte.

4.2.3 Aree delimitate "Valle D 'Itria" e "Salento" – zona cuscinetto

Nell'area cuscinetto di 5 km limitrofa alla zona infetta "Salento" e alla zona infetta "Valle D'Itria", si applicano i seguenti livelli di rischio, ossia:

1. Alto Rischio – valore di rischio 2 nell'area larga 400 m. al confine con la zona contenimento Salento e i comuni di Polignano, Monopoli, Alberobello e parte di Castellana Grotte, dallo Jonio all'Adriatico;
2. Alto Rischio – valore di rischio 2 nelle aree di 100 m lungo le strade di grande percorrenza su entrambi i lati e aree limitrofe a tutti i centri di rimessaggio, stazioni di servizio, agriturismi, parcheggi aperti al pubblico;
3. Medio Rischio– Valore di rischio medio 1,5 nella restante area.

Nelle aree così definite, saranno definite annualmente con provvedimento dirigenziale dell'Osservatorio, le superfici da sottoporre a sorveglianza applicando il Ribess +, secondo le "*Guidelines for statistically sound and risk-based surveys of Xylella fastidiosa*" di EFSA.

4.2.4 Area indenne

L'Osservatorio conduce indagini annuali sulle piante specificate per rilevare la presenza dell'organismo nocivo nei territori indenni in conformità alle disposizioni di cui all'art. 2 del Reg. (UE) 2020/1201.

Nell'area indenne si applicano seguenti livelli di rischio, ossia:

1. Alto Rischio – valore di rischio 2 nell'area di 1 km dei comuni limitrofi alla regione Basilicata;
2. Medio Rischio - valore di rischio 1,5 nell'area di 1 km attorno all'ex focolaio di Canosa;
3. Basso Rischio - valore di rischio 1 nella restante area.

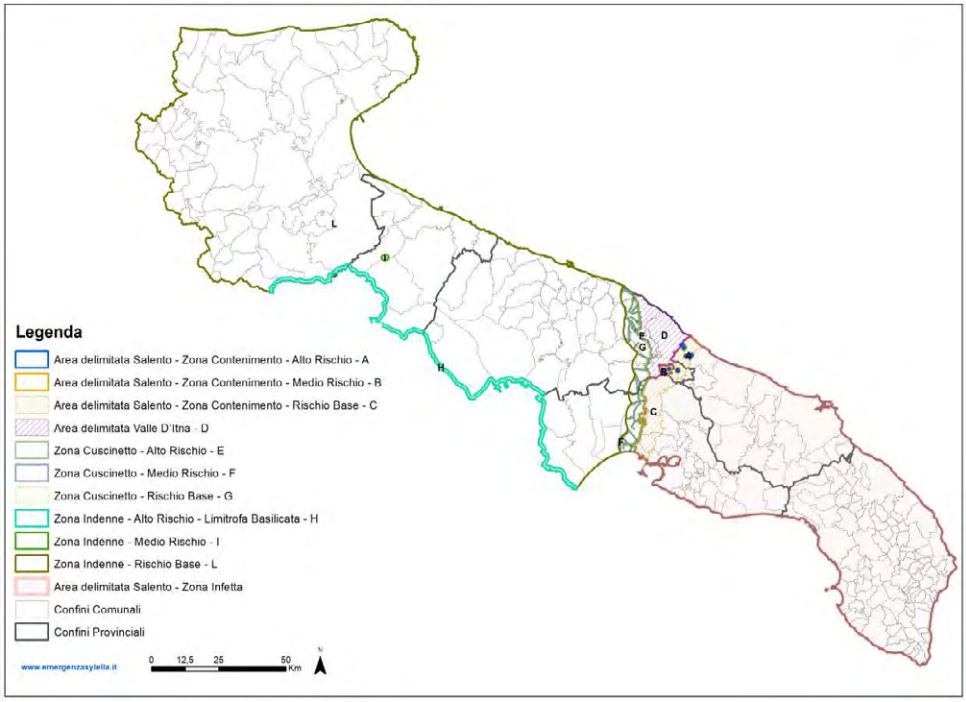
Nelle aree così definite, saranno definite annualmente con provvedimento dirigenziale dell'Osservatorio, le superfici da sottoporre a sorveglianza applicando il Ribess+, secondo le "*Guidelines for statistically sound and risk-based surveys of Xylella fastidiosa*" di EFSA.

Nell'area indenne le maglie da sottoporre a sorveglianza, saranno individuate tenendo conto anche di ulteriori fattori di rischio come la vicinanza a:

- Aree vivaistiche;
- Principali vie di comunicazione (autostrada A14 e strade statali di maggiore percorrenza);
- Linea ferroviaria Lecce- Bari;
- Aree turistiche;
- Stazioni di servizio;
- Parcheggi aperti al pubblico;
- Confini con regioni limitrofe.

Nella Figura 6 sono evidenziate le aree delimitate in base al livello di rischio applicato.

Figura 6 – Livelli di rischio applicati alle aree oggetto di sorveglianza.



Il piano di sorveglianza annuale può subire variazioni in base al rischio fitosanitario derivante da:

- n° di piante infette e loro ubicazione;
- individuazione di nuove specie suscettibili alla sottospecie Pauca genotipo ST53;
- individuazione di nuove sottospecie di *Xylella fastidiosa*.

4.3 Sorveglianza a seguito di rinvenimento di pianta infetta

4.3.1 Area cuscinetto, indenne e area infetta "Valle D'Itria"

A seguito del rinvenimento di piante positive a *Xylella fastidiosa* nelle zone cuscinetto o nelle aree indenni o nell'area infetta "Valle D'Itria, si applicano le misure di eradicazione di cui agli articoli da 7 a 11 del Reg. UE 2020/1201, si procede come segue:

1. in una prima area del raggio di 50 m attorno alla pianta infetta si estirpano tutte le specie specificate. Per quanto attiene gli olivi secolari ufficialmente riconosciuti e risultati indenni non si applica la deroga prevista dal comma 3 dell'art. 7 del Reg. UE 2020/1201.
2. in una seconda area di larghezza pari a 50 m attorno alla prima area si campionano e analizzano tutte le specie specificate alla Xylella fastidiosa sottospecie Pauca, ad eccezione di agrumi, pesco, albicocco e susino, in quanto non suscettibili al genotipo ST53, al fine di verificare l'estensione del focolaio;
3. in una terza area di larghezza pari a 400 m attorno alla seconda area, tutti gli ettari con specie specificate alla sottospecie Pauca ad eccezione di agrumi, pesco, albicocco e susino, in quanto non suscettibili al genotipo ST53, sono sottoposti a sorveglianza rafforzata, prelevando 14 campioni/ettaro.

4.3.2 Area delimitata “Salento “ Zona in cui si applicano misure di contenimento

A seguito di rinvenimento di piante positive a *Xylella fastidiosa* nella zona in cui si applicano le misure di contenimento di cui agli articoli da 12 a 17 del Reg. UE 2020/1201, si procede come segue:

1. nel raggio di 50 m attorno alla pianta infetta, si campionano e si analizzano tutte le specie specificate alla *Xylella fastidiosa* sottospecie Pauca ad eccezione di agrumi, pesco, albicocco e susino, in quanto non suscettibili al genotipo ST53;
2. nell’area larga 400 m attorno alla pianta risultata infetta, partendo dal perimetro dell’area di raggio 50 m, si sottopongono a sorveglianza rafforzata con prelievo di 14 campioni/ettaro, tutte le superfici investite ad olivo e alle altre specie specificate alla *Xylella fastidiosa* sottospecie Pauca, ad eccezione di agrumi, pesco, albicocco e susino, in quanto non suscettibili genotipo ST53.

4.4 Rimozione delle piante

4.4.1 Misure di eradicazione

Si procede all’applicazione delle misure di eradicazione così come previsto dall’articolo 7 del Reg. (UE) 2020/1201, con la distruzione in situ delle piante estirpate.
Non si applica la deroga prevista dal comma 3 dell’art. 7 del Reg. (UE) 2020/1201 per gli olivi monumentali ufficialmente riconosciuti come piante di valore storico e risultati non infetti. L’esperienza pregressa ha dimostrato che gli ulivi pur sottoposti ad adeguati trattamenti fitosanitari contro la popolazione di vettori, si sono infettati nel breve termine costituendo una fonte di inoculo nell’area in cui si applicano misure di eradicazione.
Prima delle estirpazioni si effettuano trattamenti chimici contro il vettore nell’area interessata, per evitare la diffusione dell’organismo nocivo specificato.
I trattamenti non si effettuano nel periodo novembre – marzo in quanto non necessari.
Nell’applicazione delle misure di eradicazione non si procede all’estirpazione di: agrumi, pesco, albicocco, susino, site nei 50 m attorno alla pianta infetta, in quanto specie non suscettibili alla *Xylella fastidiosa* sottospecie Pauca genotipo ST53.

4.4.2 Misure di contenimento

In conformità a quanto previsto dall’articolo 13 del Reg. (UE) 2020/1201, l’Osservatorio dispone la rimozione di tutte le piante risultate infette dall’organismo nocivo in base agli esiti dell’attività di sorveglianza. Tale rimozione è effettuata immediatamente dopo l’identificazione ufficiale della presenza dell’organismo nocivo o, se l’organismo nocivo è rilevato al di fuori della stagione di volo del vettore, prima della stagione di volo successiva.
Prima delle estirpazioni si effettuano trattamenti chimici contro il vettore nell’area interessata, per evitare la diffusione dell’organismo nocivo specificato.
I trattamenti non si effettuano nel periodo novembre – marzo in quanto non necessari.

4.4.3 Distruzione delle piante

In ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 9 e 16 del Reg. (UE) 2020/1201, le piante e le parti di piante rimosse devono essere distrutte in situ o in un luogo vicino designato a tal fine all’interno della zona infetta.
La legna priva di rami e foglie, poiché non costituisce un pericolo di diffusione del batterio, ai sensi della Legge n. 44 del 21/05/2019, rimane nella disponibilità del proprietario e può essere movimentata.
Nella movimentazione di legna dall’area infetta all’area indenne nel periodo compreso tra il 1 aprile e il 31 ottobre, è obbligatorio per l’acquirente della legna comunicare all’Osservatorio le seguenti informazioni:

- zona di origine della legna
- comune di destinazione della legna
- quantità
- targa dell'automezzo.

Nel periodo compreso tra il 1° aprile e il 31 ottobre, il carico legnoso deve viaggiare coperto con teloni al fine di evitare il trasporto passivo di adulti del vettore.

Nel caso di piante per le quali, a causa della loro particolare allocazione non sia possibile procedere all'estirpazione con l'intero apparato radicale, si può limitare la distruzione unicamente ai rami e al fogliame previa autorizzazione dell'Osservatorio. L'apparato radicale di tali piante deve essere devitalizzato con un adeguato trattamento fitosanitario per evitare l'emissione di germogli.

4.5 Procedura di notifica alle istituzioni nazionali ed europee

L'Osservatorio inserisce nel sistema europeo di notifica elettronica le informazioni circa il ritrovamento ufficiale di piante infette di *Xylella fastidiosa* in zona indenne/cuscinetto ai sensi dell'art. 29 del D.lgs. 19/2021 e aggiorna periodicamente le notifiche già inserite.

4.6 Procedura di notifica ai proprietari

La procedura per l'identificazione dei proprietari delle piante da rimuovere, per la notifica del provvedimento ingiuntivo e per l'accesso alle proprietà private prevede le fasi seguenti:

a. InnovaPuglia S.p.A., a seguito del risultato delle analisi di laboratorio, comunica all'Osservatorio i dati catastali degli appezzamenti oggetto di applicazione di misure di eradicazione/contenimento e le generalità dei relativi proprietari entro 3 giorni lavorativi;
b. l'Osservatorio emana, entro 7 giorni lavorativi, i provvedimenti ingiuntivi per l'applicazione delle misure di eradicazione/contenimento.
c. I provvedimenti sono notificati al proprietario attraverso la pubblicazione, per 7 giorni, nell'albo pretorio del Comune di competenza; tale periodo si giustifica considerando l'esigenza di contemperare il pubblico interesse relativo alla trasparenza e alla pubblicità degli atti amministrativi con l'esigenza di dare applicazione immediata alle misure fitosanitarie. Il provvedimento ingiuntivo è notificato con pec ad ARIF e alla Prefettura competente per gli adempimenti conseguenti ed è pubblicato su:
    - Bollettino Ufficiale della Regione Puglia
    - Sito www.emergenzaxylella.it
    - Sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Provvedimenti dirigenti amministrativi" del sito www.regione.puglia.it.
d. il proprietario comunica, durante il tempo di pubblicazione dell'atto e comunque entro massimo 3 giorni dal termine del periodo di pubblicazione, se intende estirpare volontariamente le piante oppure se intende avvalersi di ARIF;
e. nei casi di estirpazione su base volontaria il proprietario deve procedere entro massimo 10 giorni dalla sua comunicazione;
f. nei casi di estirpazioni eseguite da ARIF, quest'ultima deve procedere entro massimo 10 giorni successivi alla comunicazione del proprietario;
g. se il proprietario, decorsi 3 giorni dal termine del periodo di pubblicazione, non invia alcuna comunicazione, ARIF procede alla rimozione delle piante entro massimo 10 giorni successivi;
h. nei casi di rifiuto da parte del proprietario di dare esecuzione alle misure fitosanitarie, l'ARIF provvede alla rimozione forzosa delle piante, informando il Prefetto e le Forze dell'Ordine e addebitando gli oneri di estirpazione al proprietario. L'Osservatorio provvede alla contestazione della violazione amministrativa per mancata esecuzione delle prescrizioni fitosanitarie ai sensi del D.lgs 19/2021.

Le operazioni di estirpazione volontaria da parte del proprietario sono controllate da Ispettori/agenti dell'Osservatorio.

Le operazioni di estirpazione eseguite da ARIF sono controllate da 2 Assistenti fitosanitari ARIF.

4.7 Indennizzi estirpazione

La Giunta regionale della Regione Puglia, con la deliberazione di Giunta regionale n. 2164 del 22/12/2021, ha istituito un regime di aiuto per le imprese che hanno adempiuto alla distruzione delle piante infette da *Xylella fastidiosa* in seguito ad ingiunzione di abbattimento (SA.100575).

4.8 Sorveglianza fitosanitaria ai sensi della legge regionale 29 marzo 2017, n. 4 e s.m.i.

Il Consiglio regionale della Regione Puglia, con la legge regionale 29 marzo 2017 n. 4 e s.m.i *"Gestione della batteriosi da Xylella fastidiosa nel territorio della Regione Puglia",* ha espresso una forte volontà di attuare le misure fitosanitarie necessarie per contrastare la diffusione di *Xylella fastidiosa* tutelando l'inestimabile patrimonio naturale costituito dagli olivi monumentali. L'Osservatorio, in coerenza con la citata legge regionale ed in aggiunta alla sorveglianza fitosanitaria programmata in applicazione del Reg. (UE) 2020/1201, sorveglia anche l'area compresa tra 5 e 20 km dal confine meridionale della zona infetta 'Salento' dove si attuano misure di contenimento, con particolare riferimento alla Piana degli olivi secolari di cui al Piano Paesaggistico Territoriale della Regione Puglia (PPTR) approvato con D.G.R. 16 febbraio 2015, n. 176 e s.m.i.

La sorveglianza di tale area è effettuata al completamento della sorveglianza delle aree delimitate e dell'area indenne.

La sorveglianza fitosanitaria è svolta sulla superficie con raggio di 50 m attorno alle piante riscontrate positive nella precedente stagione di monitoraggio o su eventuali segnalazioni da parte di soggetti interessati.

Questa scelta risponde alla logica di creare una barriera all'avanzamento del batterio e di alleggerirne la pressione nell'area dove si applicano misure di contenimento.

Le piante infette sono oggetto di uno specifico provvedimento ingiuntivo di abbattimento ovvero, in alternativa, di adozione di misure fitosanitarie consistenti nella capitozzatura delle branche principali e nell'innesto di cultivar resistenti.

I proprietari/conduttori di piante infette che intendano procedere alle operazioni di capitozzatura e di innesto, qualora non sia possibile eseguire tempestivamente tali operazioni e si fosse nel periodo di presenza dello stadio adulto dei vettori (da maggio a novembre), al fine di evitare la diffusione del batterio, devono procedere obbligatoriamente a propria cura e spese ad isolare la pianta infetta con protezioni meccaniche quali incappucciamento degli alberi. La protezione è accompagnata da idonea potatura e dalle operazioni necessarie per la lotta al vettore: sfalcio di tutte le essenze erbacee, lavorazione del terreno dopo lo sfalcio, trattamenti con prodotti fitosanitari autorizzati.

L'Osservatorio controlla la corretta esecuzione delle misure fitosanitarie.

4.9 Monitoraggio dei vettori

L'Osservatorio, con il supporto delle istituzioni scientifiche regionali, monitora in siti "*sentinella*" distribuiti nell'intero territorio regionale la presenza, la densità di popolazione e l'evoluzione degli stadi di sviluppo degli insetti vettori della *Xylella fastidiosa* con particolare attenzione al *Philaenus spumarius*, al fine di:

- impostare una strategia di controllo dei vettori;
- valutare l'efficacia delle misure fitosanitarie adottate;
- ridurre il rischio e la probabilità di diffusione dell'organismo nocivo.

I siti saranno selezionati, sia nelle aree delimitate che nelle aree indenni, in areali omogenei per caratteristiche altimetriche, climatiche ed ecologiche rappresentativi del territorio regionale privilegiando:

- siti incolti;

- appezzamenti in regime di agricoltura biologica;
- appezzamenti in regime di integrato;
- siti limitrofi alle zone infette in cui si applicano misure di eradicazione;
- siti limitrofi alle strade di grande percorrenza e ferrovie che collegano le zone infette al rimanente territorio regionale;
- siti limitrofi ai vivai.
- siti limitrofi alle regioni confinanti.

Il monitoraggio ha inizio nella metà di marzo e prosegue sino a ottobre di ciascun anno. L'Osservatorio e l'ARIF diffondono, attraverso il sito istituzionale www.emergenzaxylella.it, le informazioni dettagliate sul periodo di esecuzione delle misure fitosanitarie obbligatorie nelle aree omogenee per caratteristiche altimetriche, climatiche ed ecologiche.

La metodologia per il campionamento dei siti di monitoraggio e le modalità di intervento sono elaborate dall'Osservatorio in collaborazione con le istituzioni scientifiche.

L'Osservatorio inoltre, ad integrazione del monitoraggio ufficiale nonché per coinvolgere attivamente la popolazione nelle attività di gestione dell'emergenza fitosanitaria, partecipa con il soggetto a cui viene affidato il servizio di monitoraggio dei vettori, all'organizzazione e alla gestione del monitoraggio civico degli stadi giovanili di *P. spumarius*.

Questa metodologia di monitoraggio viene attuata con tecnici e volontari degli Istituti tecnici agrari, delle organizzazioni professionali agricole, delle organizzazioni dei produttori del comparto olivicolo, mediante l'utilizzo di una specifica applicazione messa a punto da Innovapuglia.

4.9.1 Strategia di controllo dei vettori

Una strategia di controllo efficace richiede specifici investimenti in ricerca e trasferimento delle innovazioni che consentano di evitare il contatto tra l'insetto vettore e la pianta onde evitare sia l'acquisizione del batterio che la sua trasmissione.

Le attuali conoscenze sui vettori, sono principalmente incentrate sull'agrosistema oliveto, mentre sono ancora poche le informazioni relative alle potenziali associazioni che vettori e batterio potrebbero instaurare in altri patosistemi oltre a quelli strettamente olivicoli. Inoltre sono ancora parziali gli studi per individuare strumenti alternativi di controllo dei vettori, coerenti con i principi dell'agricoltura sostenibile e della salvaguardia della biodiversità.

L'attuale strategia di controllo rivolta ai vettori prevede azioni mirate sia al contenimento delle forme giovanili che degli individui adulti, mediante l'adozione di interventi meccanici e interventi chimici.

Le misure fitosanitarie di seguito esposte riguardano *P. spumarius*, il vettore più efficace nella trasmissione del batterio in Puglia.

4.9.2 Misure fitosanitarie contro le forme giovanili

L'adozione annuale nel territorio regionale di pratiche agronomiche per il controllo meccanico degli stadi giovanili dei vettori resta un punto fermo per limitare la diffusione dell'organismo nocivo. Le lavorazioni superficiali del terreno (arature, fresature, erpicature e trinciature) nel periodo primaverile, eliminando le piante erbacee su cui le forme giovanili completano il ciclo vitale, contribuiscono a ridurre la popolazione del vettore.

Nelle aree in cui è difficile o impossibile l'accesso con mezzi meccanici, ad esempio declivi, bordi strada/banchine/rotatorie, si può intervenire con mezzi fisici (pirodiserbo o vapore) e, solo in casi d'impossibilità d'intervento con i mezzi citati, con appropriati trattamenti diserbanti privilegiando prodotti a basso impatto.

Occorre intervenire prima che l'insetto raggiunga il picco del IV stadio giovanile. Nel periodo primaverile, per aree omogenee, le lavorazioni superficiali dovranno essere eseguite con la seguente tempistica:

- zone fino a 200 m di altitudine - mese di marzo;
- zone da 200 a 500 m di altitudine - mese di aprile;
- zone oltre 500 m di altitudine - mese di maggio.

Maggiori informazioni per l'esecuzione delle lavorazioni meccaniche, alla luce all'andamento climatico dell'annata, saranno fornite attraverso il sito istituzionale www.emergenzaxylella.it.
È obbligatorio eseguire le lavorazioni superficiali dei terreni nell'intero agro comunale dei seguenti comuni:

1. Alberobello
2. Carosino
3. Carovigno
4. Casamassima
5. Castellana Grotte
6. Castellaneta
7. Ceglie Messapica
8. Cellamare
9. Cisternino
10. Conversano
11. Crispiano
12. Faggiano
13. Fasano
14. Ginosa
15. Gioia del Colle
16. Grottaglie
17. Laterza
18. Leporano
19. Locorotondo
20. Martina Franca
21. Massafra
22. Mola di Bari
23. Monopoli
24. Monteiasi
25. Montemesola
26. Monteparano
27. Mottola
28. Noci
29. Noicattaro
30. Ostuni
31. Palagianello
32. Palagiano
33. Polignano
34. Pulsano
35. Putignano
36. Roccaforzata
37. Rutigliano
38. Sammichele di Bari
39. San Giorgio Ionico
40. Statte
41. Taranto
42. Turi
43. Villa Castelli

Le lavorazioni sono fortemente consigliate nel restante territorio regionale. Le lavorazioni dei terreni devono essere eseguite da:

- ✓ proprietari/conduttori di terreni agricoli;
- ✓ proprietari/gestori (soggetti pubblici e privati) delle superfici agricole non coltivate, aree a verde pubblico, bordi delle strade, canali, superfici demaniali.

La presente misura fitosanitaria non va applicata nelle seguenti aree:

- aree protette;
- macchia mediterranea;
- boschi;
- pinete;

Per quanto attiene i terreni con colture erbacee in atto quali: cereali, proteaginose, colture orticole da pieno campo e industriali, colture foraggere, colture floricole e terreni adibiti a pascolo, se sono presenti piante di olivo, le lavorazioni del terreno devono essere effettuate nell'area sottostante la pianta dell'olivo.
L'Osservatorio promuove l'attuazione della misura fitosanitaria descritta con specifici seminari e riunioni sia con i soggetti pubblici che con i soggetti privati coinvolti e le loro rappresentanze.
Il controllo del territorio, finalizzato alla verifica della corretta esecuzione delle misure fitosanitarie viene realizzato dall'Osservatorio avvalendosi dei Carabinieri Forestali, anche con l'ausilio di rilievi aerofotogrammetrici effettuati nei periodi di esecuzione delle misure fitosanitarie obbligatorie.

4.9.3 Misure fitosanitarie contro gli adulti

Per limitare quanto più possibile la diffusione di *X. fastidiosa* attraverso il vettore, le azioni di contrasto devono essere rivolte oltre che agli stadi giovanili anche nei confronti degli adulti.
Il monitoraggio degli individui adulti ha lo scopo di identificare il periodo in cui essi si muovono dalla vegetazione erbacea verso le chiome delle piante dove possono potenzialmente acquisire il batterio e contribuire alla sua successiva diffusione.
Per questa ragione è opportuno che i trattamenti per il controllo degli adulti siano effettuati prima che i vettori possano aver acquisito il batterio, al fine di ridurre quanto più possibile la popolazione di insetti che diviene potenzialmente infettiva.

20

Il numero e il periodo dell'esecuzione dell'intervento dipenderà dall'andamento della popolazione adulta dell'insetto che a sua volta è influenzato dall'andamento climatico e dall'altimetria della zona.
Le indicazioni del periodo di esecuzione del/dei trattamenti obbligatori per aree omogenee saranno emanate dall'Osservatorio attraverso il sito istituzionale www.emergenzaxylella.it e da ARIF.
I trattamenti fitosanitari devono essere effettuati con gli insetticidi autorizzati sulla specie e per il controllo di *Philaenus spumarius* L., avendo cura di rispettare quanto prescritto in etichetta.
Ad oggi i principi attivi autorizzati sono:

COLTURE	**PRODOTTI**
Olivo	Acetamiprid, spinetoram e deltametrina, flupyradifurone
Mandorlo	Deltametrina
Vivai	Deltametrina

In caso di ulteriori sostanze attive autorizzate in via eccezionale anche per le aziende in regime di agricoltura biologica, ne sarà data immediata informazione sul sito www.emergenzaxylella.it, alle associazioni di categoria e organizzazioni professionali, affinché ne diano ampia diffusione.
I predetti trattamenti fitosanitari sono obbligatori nell'intero agro comunale dei seguenti comuni:

1. Alberobello
2. Carovigno
3. Castellana Grotte
4. Cisternino
5. Conversano
6. Crispiano
7. Fasano
8. Locorotondo
9. Martina Franca
10. Massafra
11. Mola di Bari
12. Monopoli
13. Mottola
14. Noci
15. Ostuni
16. Polignano
17. Putignano
18. Statte
19. Taranto

L'intervento è fortemente consigliato nel restante territorio regionale. I trattamenti non vanno eseguiti:

- su piante di olivo completamente secche;
- in aree verdi (parchi, giardini);
- in aree urbane;
- nella macchia mediterranea;
- in boschi e pinete.

Si ribadisce che i trattamenti insetticidi contro i vettori devono essere eseguiti anche sulle piante soggette ad estirpazione, di cui agli articoli 7 -13 del Reg. (UE) 2020/1201, ad eccezione del periodo novembre – marzo in quanto non necessari.
Il controllo finalizzato alla verifica della corretta esecuzione delle misure fitosanitarie contro gli adulti è realizzato dall'Osservatorio avvalendosi dei Carabinieri Forestali ed è rivolto in particolare ai proprietari di superfici olivicole.
È consigliato, inoltre, intervenire con la spollonatura nel periodo estivo per eliminare parti delle piante particolarmente attrattive per i vettori ed eseguire, con cadenza almeno biennale, la potatura delle piante arboree ospiti al fine di ridurre la vegetazione appetibile per il vettore oltre che per creare un microclima sfavorevole al suo sviluppo.

21

Piano di controllo del vettore

Periodo d'intervento	Azione	Prescrizione	Territorio
Annuale	Potatura - spollonatura	Consigliata	Intero territorio regionale
• zone fino a 200 m di altitudine: mese di marzo • zone da 200 a 500 m di altitudine: mese di aprile • zone oltre 500 m di altitudine: mese di maggio	N° 1 lavorazione superficiale del terreno	Obbligatoria	Nell'intero agro comunale dei seguenti comuni: Alberobello Carosino Carovigno Casamassima Castellana Grotte Castellaneta Ceglie Messapica Cellamare Cisternino Conversano Crispiano Faggiano Fasano Ginosa Gioia del Colle Grottaglie Laterza Leporano Locorotondo Martina Franca Massafra Mola di Bari Monopoli Monteiasi Montemesola Monteparano Mottola Noci Noicattaro Ostuni Palagianello Palagiano Polignano Pulsano Putignano Roccaforzata Rutigliano Sammichele di Bari

22

			San Giorgio Ionico Statte Taranto Turi Villa Castelli
Indicazioni precise sul momento ottimale per l'esecuzione del trattamento saranno fornite attraverso il sito istituzionale www.emergenzaxylella.it	N° trattamenti fitosanitari da definire in base ai risultati del monitoraggio	Obbligatoria	Nell'intero agro comunale dei seguenti comuni: Monopoli Polignano Alberobello Castellana Grotte Mola di Bari Conversano Putignano Fasano Locorotondo Martina Franca Crispiano Statte Taranto Massafra Mottola Noci Cisternino Ostuni Carovigno
		Fortemente consigliata	Area indenne Area infetta "Salento"

Gli agri comunali dove sono obbligatorie le misure fitosanitarie di lotta al vettore quali lavorazione del terreno e trattamenti fitosanitari sono riportati nelle figure 7 e 8.

Figura 7 - Agri comunali in cui sono obbligatorie le lavorazioni dei terreni

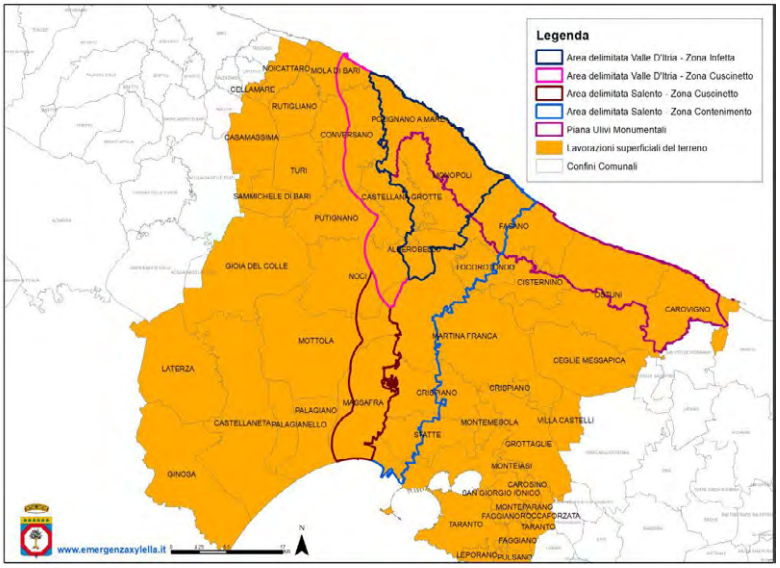
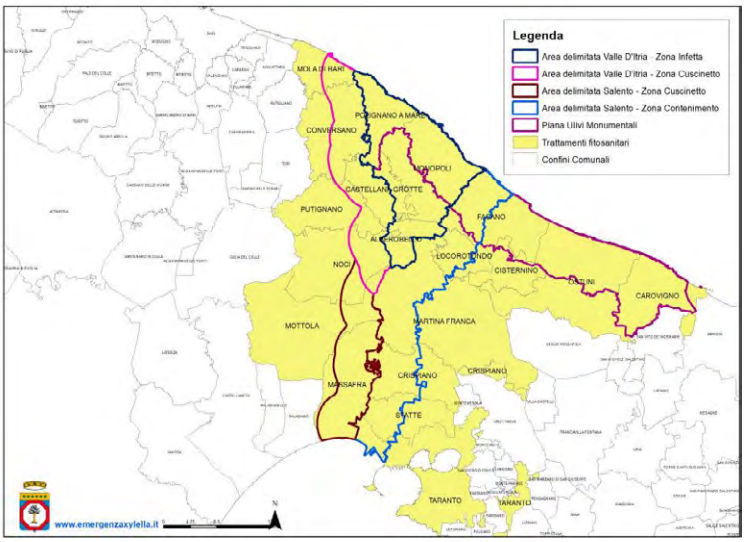


Figura 8 - Agri comunali in cui sono obbligatorie i trattamenti fitosanitari



Considerato che il trasferimento degli insetti vettori da zone infette ad altri contesti può avvenire anche in modo passivo, attraverso indumenti o parti del corpo delle persone e con gli autoveicoli ed altri mezzi di trasporto, è raccomandabile:

a. assicurarsi di non avere sugli abiti e sulle scarpe insetti vettori prima di risalire sui mezzi di trasporto;
b. evitare il parcheggio e la sosta di autoveicoli ed altri mezzi di trasporto in campi o aree ospitanti specie ospiti del batterio e/o dei vettori;
c. prediligere, per la realizzazione di giardini ed aree destinate a parcheggio ed altre aree frequentate da veicoli ed altri mezzi di trasporto nelle aree indenni e nelle zone cuscinetto, specie vegetali non specificate a *Xylella fastidiosa* sub specie pauca;
d. provvedere alla copertura/chiusura con teloni degli automezzi adibiti al trasporto di prodotti agricoli oppure della legna proveniente dal taglio di piante infette, durante la movimentazione in zona infetta e da zona infetta ad area indenne.

4.10 Divieto di impianto specie specificate

Il divieto di impianto di specie specificate di cui all'articolo 18 del Reg. UE Reg. (UE) 2020/1201 riguarda i nuovi impianti produttivi. Pertanto, tale divieto non si applica nel caso di innesti di olivi monumentali ufficialmente riconosciuti con varietà resistenti/tolleranti nelle aree delimitate in quanto, con tale pratica, il rischio fitosanitario si riduce e si contribuisce alla salvaguardia degli olivi monumentali.

Il divieto di impianto di che trattasi non si applica nel caso di spostamento di specie specificate, nell'ambito della medesima area fitosanitaria, per motivi di pubblica utilità e/o per interventi di miglioramento fondiario in quanto il rischio fitosanitario resta inalterato.

Ai sensi della lettera c) dell'art. 18 del Reg. UE Reg. (UE) 2020/1201, nella zona infetta dell'area delimitata "Valle D'Itria" in cui si applicano misure di eradicazione, è autorizzato l'impianto delle seguenti specie specificate a *Xylella fastidiosa* sub specie pauca; agrumi, pesco, albicocco, susino, in quanto risultate immuni al genotipo ST53. Resta il divieto di realizzare impianti produttivi di specie risultate tolleranti e delle restanti specie specificate.

Nella zona infetta dell'area delimitata 'Salento, ad eccezione della zona dove si applicano misure di contenimento, è autorizzato l'impianto di piante specificate risultate immuni, resistenti, tolleranti o a bassa suscettibilità alla *Xylella fastidiosa* sottospecie pauca ST53. In particolare:

- olivo: varietà Leccino e FS17 in quanto risultate resistenti/tolleranti a *Xylella fastidiosa* sottospecie pauca genotipo ST53;

- agrumi in quanto risultati immuni a Xylella fastidiosa sottospecie pauca genotipo ST53;
- pesco, susino e albicocco in quanto risultati immuni a *Xylella fastidiosa* sottospecie pauca genotipo ST53;
- mandorlo e ciliegio: in quanto risultati a bassa suscettibilità a *Xylella fastidiosa* sottospecie pauca genotipo ST53.

L'Osservatorio, al fine di contrastare la diffusione del batterio, individua le vie di comunicazione a maggior rischio fitosanitario e dispone l'estirpazione delle specie specificate a *Xylella fastidiosa* sub specie pauca ST53 impiantate nelle stazioni di servizio ivi presenti e il divieto di impianto delle suddette specie.

4.11 Controlli ufficiali

L'Osservatorio assicura l'esecuzione dei controlli ufficiali nei vivai, nei punti di ingresso, sulla movimentazione delle specie specificate, sull'applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo dei vettori e sulle altre disposizioni emanate.

4.11.1 Controlli ufficiali nei vivai

L'Osservatorio effettua, ai sensi dell'articolo 92 del Reg. (UE) 2016/2031, ispezioni presso gli operatori professionali autorizzati almeno una volta l'anno e, se del caso, campionamenti e prove per verificarne l'osservanza dell'articolo 83, paragrafi 1, 2, 4 e 5 (Contenuto e formato del passaporto), dell'articolo 87 (Esami per i passaporti delle piante), dell'articolo 88 (Apposizione dei passaporti delle piante), dell'articolo 89, paragrafo 1 (Autorizzazione degli operatori professionali a rilasciare passaporti delle piante), dell'articolo 90 (Obblighi degli operatori autorizzati) o dell'articolo 93, paragrafi 1, 2, 3 (Sostituzione di un passaporto delle piante). Il controllo specifico per *Xylella fastidiosa*, sia nell'area indenne che nelle aree delimitate, rientra nell'attività di controllo ordinario dell'Osservatorio.

Nell'area indenne il controllo è finalizzato alla verifica del rispetto delle condizioni di cui all'articolo 25 del Regolamento (UE) 2020/1201 per lo spostamento delle piante specificate all'interno dell'Unione. Per le piante da impianto, escluse le sementi, di *Coffea, Lavandula dentata L., Nerium oleander L., Olea europaea L., Polygala myrtifolia L. e Prunus dulcis* (Mill.) D.A. Webb è previsto un controllo rafforzato prima dello spostamento all'interno dell'Unione in quanto considerate maggiormente sensibili alle diverse sub-specie europee di *Xylella fastidiosa*. Le procedure operative utilizzate sono definite nella nota tecnica elaborata dal Ministero per le politiche agricole e forestali e approvate nella seduta del Comitato fitosanitario nazionale del 22 settembre 2020 '*Procedura per le ispezioni ufficiali, campionamento e analisi nei vivai ai sensi dell'articolo 25 del Regolamento (UE) 2020/1201 relativo alle misure per Xylella fastidiosa'.*

Nelle zone infette delle aree delimitate il controllo è finalizzato alla verifica dell'eventuale presenza di specie specificate e, se del caso, l'Osservatorio ne dispone il blocco della movimentazione, ad eccezione delle specie autorizzate con specifico provvedimento dirigenziale. Il blocco della movimentazione delle specie specificate viene disposto anche in caso di rilevazione di tali specie nei centri per il giardinaggio e/o nei centri di vendita ubicati nelle zone infette.

L'Osservatorio autorizza i siti di produzione per lo spostamento di piante specificate coltivate in area delimitata al di fuori della medesima area ai sensi dell'articolo 24 del Reg. (UE) 2020/1201 (Determina dirigenziale n. 21/20219) e cioè quando sono verificate le seguenti condizioni:

a. è registrato conformemente all'articolo 65 del Reg. (UE) 2016/2031;
b. è stato autorizzato dall'autorità competente come sito dotato di protezione fisica contro l'organismo nocivo specificato e i suoi vettori;
c. è stato sottoposto ogni anno ad almeno due ispezioni da parte dell'autorità competente, nel periodo più adatto.

4.11.2 Controlli ufficiali nel posto di controllo frontaliero (Porto di Bari) e porti e aeroporti

L'Osservatorio assicura lo svolgimento dei controlli nel posto di controllo frontaliero e in altri porti e aeroporti. I controlli sono documentali, di identità e fisici di cui all'articolo 54 del Regolamento (UE) 2017/625. L'attività viene svolta dalle Autorità portuale e aeroportuale previa formazione del personale a cura dell'Osservatorio.

4.11.3 Movimentazione delle specie specificate

L'Osservatorio assicura lo svolgimento di controlli documentali sulla movimentazione di specie specificate in tutto il territorio regionale con maggiore concentrazione negli spostamenti in uscita dalle aree delimitate avvalendosi dei Carabinieri Forestali. Tali controlli sono effettuati lungo le strade, in prossimità di accessi autostradali, presso i centri di produzione e commercializzazione, mercati, fiere.

La legna priva di rami e foglie, poiché non costituisce un pericolo di diffusione del batterio, ai sensi della Legge n. 44 del 21/05/2019, rimane nella disponibilità del proprietario e può essere movimentata. Nella movimentazione di legna dall'area infetta all'area indenne nel periodo compreso tra il 1° aprile e il 31 ottobre, è obbligatorio per l'acquirente della legna comunicare all'Osservatorio le seguenti informazioni:

- zona di origine della legna
- comune di destinazione
- quantità
- targa dell'automezzo.

Nel periodo compreso tra il 1° aprile e il 31 ottobre, il carico legnoso deve viaggiare coperto con teloni al fine di evitare il trasporto passivo di adulti del vettore.

Le comunicazioni devono essere inviate al dott. Francesco Palmisano dell'Osservatorio al seguente indirizzo mail: fra.palmisano@regione.puglia.it

4.11.4 Controlli ufficiali sull'applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo alla fase giovanile dei vettori

L'Osservatorio assicura lo svolgimento dei controlli diretti a verificare il rispetto dell'applicazione delle misure di controllo degli stadi giovanili dei vettori avvalendosi dei Carabinieri Forestali. Il controllo del territorio può essere realizzato anche mediante un rilievo aerofotogrammetrico.

4.11.5 Applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie di controllo nella fase adulta dei vettori

L'Osservatorio assicura lo svolgimento dei controlli diretti a verificare il rispetto dell'applicazione delle misure di controllo degli stadi adulti dei vettori avvalendosi dei Carabinieri Forestali.

4.12 Controlli e sanzioni amministrative

L'applicazione delle misure fitosanitarie obbligatorie è oggetto di uno specifico piano di controlli e la mancata osservanza è oggetto ai sensi del comma 15 dell'art. 55 del D. Lgs 19/2021 di sanzione amministrativa del pagamento di una somma da € 1.000,00 a € 6.000,00. Le procedure per la realizzazione dei controlli svolti e per l'applicazione delle sanzioni amministrative delegati ai Carabinieri Forestali sono definiti da uno specifico accordo, approvato dalla Giunta regionale della Regione Puglia, tra l'Osservatorio e l'Arma dei Carabinieri.

4.13 Comunicazione

L'Osservatorio fornisce informazioni agli Operatori professionali e a tutta la cittadinanza sulla pericolosità di *Xylella fastidiosa*, il rischio della sua ulteriore diffusione, gli obblighi e le prescrizioni di legge e sugli aspetti tecnici per il contrastarne la diffusione.

Per promuovere l'adozione di comportamenti consapevoli e delle misure di autoprotezione da parte dei cittadini, si prevede la realizzazione, con costante e stretta interlocuzione/collaborazione con le amministrazioni locali, altri enti/associazioni e organizzazioni di rappresentanza del mondo agricolo per l'attuazione delle misure obbligatorie di lotta al vettore ed i relativi controlli/sanzioni nonché per

coordinare iniziative di divulgazione/informazione sul presente Piano d'Azione delle seguenti attività:

- campagne di informazione specifiche relative alle emergenze fitosanitarie in atto;
- predisposizione di manifesti e opuscoli informativi;
- campagne pubblicitarie su televisione, radio e stampa;
- iniziative di comunicazione rivolte alle scuole;
- incontri sui territori interessati.

L'attività informativa è assicurata anche attraverso il Sistema Informativo Territoriale della Regione Puglia (SIT) su cui è stato realizzato il sito web dedicato www.emergenzaxylella.it nel quale vengono pubblicate ed aggiornate le seguenti informazioni e servizi:

- Normativa comunitaria, nazionale e regionale;
- Documentazione scientifica;
- Atti amministrativi prodotti dall'Osservatorio fitosanitario regionale;
- Applicazione WebGIS, per visualizzare i punti rilevati nel contesto di un'azione di monitoraggio integrato con le zone delimitate (tutti i punti sono strutturati in base alla specie delle piante, alle date e ai risultati di laboratorio);
- Consultazione e visualizzazione dei risultati del monitoraggio e della delimitazione delle aree;
- Risultati del monitoraggio dei vettori responsabili della trasmissione del batterio;
- Servizi WMS, per visualizzare i dati cartografici in un client desktop diverso dal client WebGIS, per integrare i dati GIS personali;
- Servizio di ricerca mirata di dati catastali che può essere utilizzato per determinare la zona delimitata e per capire ove cade la pianta infetta o monitorata;
- Comunicazioni istituzionali;
- link utili.

Sempre sul sito www.emergenzaxylella.it è disponibile il cruscotto utile per monitorare l'evoluzione delle attività e per la comunicazione istituzionale agli organismi preposti. Il cruscotto si compone di tabelle riassuntive che descrivono:

- l'evoluzione mensile dei procedimenti di campionamento in campo;
- per ciascun mese, l'indicazione dei procedimenti chiusi o per esito negativo di analisi o per abbattimento delle piante rinvenute positive. In questo modo si può avere un riscontro immediato della tempestività degli abbattimenti;
- il dato totale dell'attività al fine di verificare l'avanzamento generale delle attività e, in particolare, il progressivo avvicinamento ai target fissati dal Piano di sorveglianza.

Le tabelle sono riprodotte per ciascuna area sottoposta a sorveglianza.

Ulteriore livello informativo viene offerto dalla seguente tabella che riprodurrà i tempi medi per ciascun processo:

TEMPISTICA DEL PROCESSO	**Durata (giorni)**
Tempo medio da raccolta a esito analisi	
Tempo medio da analisi alla prescrizione di abbattimento	
Tempo medio dalla prescrizione all'abbattimento	

4.14 Ricerca e collaudo delle innovazioni

4.14.1 Piano straordinario per la rigenerazione olivicola della Puglia

L'esperienza maturata in Puglia dal 2013 ad oggi ha evidenziato uno specifico fabbisogno di ricerca e di servizi avanzati indispensabili per affrontare, in modo consapevole e sulla base delle evidenze scientifiche, l'emergenza fitosanitaria causata da *Xylella fastidiosa*.

La Regione Puglia e l'Unione Europea investono diversi milioni di euro all'anno per l'attività di sorveglianza. Riuscire a comprendere come migliorare la qualità della sorveglianza assume certamente una rilevanza strategica per contrastare la diffusione di Xf. Per quanto concerne il controllo dei vettori, occorre migliorare le conoscenze dei meccanismi di interazione tra i vettori, il paesaggio e le piante in modo da acquisire quelle informazioni indispensabili per valutare il rischio fitosanitario nel territorio e per delineare le aree a maggiore rischio. Così com'è cruciale lo sviluppo di modelli per comprendere, nel lungo periodo, quale possa essere l'incidenza dell'adozione della varietà resistenti sulla trasmissione del batterio e per approfondire il meccanismo di trasmissione del batterio su altre piante ospiti in ambiente naturale. Appare prioritario caratterizzare gli stimoli che regolano l'accettazione dell'ospite e la trasmissione di Xf prima di proporre semiochimici e trappole. In questo quadro l'uso delle vibrazioni può essere una risposta interessante e certamente da approfondire. Come pure il tema della dispersione del vettore. E' necessario comprendere meglio il meccanismo della diffusione attiva e passiva di *Philaenus spumarius* ed altri xilemomizi candidati vettori.

Considerando infine le peculiarità delle ricerche su Xf, con particolare riferimento alle restrizioni che discendono dalla normativa vigente nello sviluppare esperimenti su piante, in campo e con insetti vettori è certamente utile pensare alla possibilità di istituire un network nazionale, ossia un polo del quale facciano parte istituzioni con almeno una base operativa nelle aree delimitate e investire una parte delle risorse economiche disponibili sulle infrastrutture di ricerca (per esempio stazioni di quarantena).

Tenendo conto del fabbisogno di ricerca che aiuterebbe i servizi fitosanitari a gestire l'emergenza fitosanitaria con maggiore consapevolezza, migliorando l'efficacia dei piani d'azione e la resilienza dei territori colpiti, è stato pubblicato il decreto direttoriale n. 419161 del 13/09/2022, con il quale è definita la procedura di selezione per la realizzazione di progetti di ricerca pubblica finalizzati a limitare e/o a ridurre la diffusione della *Xylella fastidiosa,* i temi delle ricerca sono:

1. Facility nazionale per lo Screening Varietale e azioni di miglioramento genetico per la selezione di una nuova generazione di piante di interesse agrario resistenti\tolleranti a Xylella fastidiosa
2. Indagini e prove per individuare metodi di controllo di Xylella fastidiosa
3. Indagini e prove di controllo degli insetti vettori
4. Ottimizzazione delle tecniche di diagnosi della presenza di Xylella fastidiosa su matrici vegetali e su insetti vettori: controllo e diagnostica
5. Modelli di gestione agronomica del materiale resistente

4.14.2 Impiego sperimentale di cani nel controllo di vivai e punti di entrata.

Al fine di valutare l'affidabilità di nuovi strumenti atti a migliorare l'efficienza dei metodi di sorveglianza, nel corso del 2023-2024 si continuerà ad impiegare in via sperimentale, senza costi per l'Amministrazione, cani addestrati per l'identificazione di piante infette da *Xylella* in operazioni di controllo in vivai e ai punti d'ingresso. L'attività si avvale di istruttori e di cani dell'ENCI (Ente Nazionale di Cinofilia Italiana) col supporto scientifico dei ricercatori dell'IPSP del CNR e con il supporto logistico ed organizzativo di Unaprol e di Coldiretti che continuano a collaborare con ENCI per le attività di addestramento dei cani.

I controlli saranno effettuati nei vivai/garden di piante ornamentali e/o officinali di specie non specificate siti in zona infetta e vivai/garden di piante appartenenti a specie specificate siti in area indenne, e nel porto di Bari su lotti di piante importate da paesi terzi.

4.14.3 Valutazione/validazione dell'utilizzo di immagini aeree per l'identificazione precoce di focolai di Xylella (Early remote sensing).

Molteplici evidenze scientifiche indicano la possibilità di identificare, attraverso la elaborazione di immagini tele rilevate da aereo acquisite con sensori iperspettrali e termici, piante infette prima ancora della manifestazione dei sintomi. Questa tecnologia, se opportunamente validata, potrebbe essere adottata per migliorare notevolmente l'efficienza dei programmi di sorveglianza dei territori indenni da *Xylella*.

Attualmente è in corso di svolgimento il progetto di ricerca Redox (Remote Early Detection of Xylella), finanziato dal Ministero dello Sviluppo Economico e coordinato dal Distretto tecnologico aerospaziale (DTA), che ha l'obiettivo di mettere a punto metodologie operative per la identificazione precoce di focolai di *Xylella* attraverso rilievi aerei e droni con sensori iperspettrali e termici.
Nell'ambito del progetto Redox, nel biennio 2023 e 2024, sono pianificati rilievi aerei da realizzare sul territorio della Regione Puglia finalizzati ad ottimizzare la metodologia e validare i risultati.
L'Osservatorio ha interesse a valutare i risultati di tale tecnologia per un suo potenziale utilizzo a supporto del programma di sorveglianza.
Ciò premesso, l'Osservatorio e il Consorzio del progetto Redox hanno concordato di identificare in modo congiunto la localizzazione delle aree su cui saranno effettuati i rilievi aerei del progetto Redox all'interno delle aree di contenimento e/o cuscinetto e/o ex contenimento, oggetto del programma di monitoraggio previsto da questo piano; i risultati dei rilievi saranno tempestivamente comunicati all'Osservatorio secondo le modalità concordate con il consorzio del progetto, mettendo in evidenza eventuali siti sospetti identificati attraverso l'elaborazione delle immagini.
L'Osservatorio effettuerà su questi siti sospetti, con priorità, le operazioni di ispezione e campionamento.

5 Governance

L'Osservatorio della Regione Puglia è l'Autorità competente ai sensi dell'art. 6 del Decreto legislativo 2 febbraio 2021, n. 19 in materia di controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali definite dal Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 marzo 2017. La legge regionale 25 febbraio 2010, n. 3 e s.m.i. assegna all'Agenzia per le attività irrigue e forestali (ARIF), ente strumentale della Regione Puglia, una funzione di supporto all'Osservatorio nell'attuazione delle misure di monitoraggio, prevenzione, estirpazione e comunicazione finalizzate alla gestione dell'emergenza.

Il Reg. (UE) 2017/625 classifica come '*Altre attività ufficiali*', in capo all'Autorità competente, le indagini per accertare la presenza di organismi nocivi per le piante, l'applicazione delle misure fitosanitarie per prevenire la diffusione degli organismi nocivi e quelle necessarie per la loro eradicazione o contenimento. Il richiamato regolamento prevede, inoltre, le condizioni per la delega dei compiti riguardanti le altre attività ufficiali (articoli 29 e 31), individua gli obblighi degli organismi delegati e delle persone fisiche (articolo 32) e gli obblighi delle autorità competenti deleganti (articolo 33).

In questo quadro giuridico l'Osservatorio, con specifica convenzione, provvede a dettagliare i contenuti della delega nel rispetto delle seguenti condizioni:

- descrizione dettagliata delle attività delegate;
- obiettivi da raggiungere;
- indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi individuati;
- procedure attraverso le quali ARIF svolge i compiti delegati;
- tempistica di realizzazione delle attività delegate;
- modalità di individuazione del personale impiegato per l'esecuzione delle attività delegate;
- modalità di coordinamento e comunicazione tra autorità delegante ed autorità delegata;
- budget previsto per l'esecuzione;
- modalità di rendicontazione economica delle attività delegate;
- obblighi di ARIF;
- obblighi dell'Osservatorio.

L'Osservatorio, inoltre, si avvale del supporto scientifico di InnovaPuglia S.p.A., Società in House della Regione Puglia. Con tale ruolo InnovaPuglia S.p.A. supporta l'Osservatorio nella gestione dell'emergenza, con particolare riferimento alla gestione del sito istituzionale www.emergenzaxylella.it e alle attività di elaborazioni ed analisi statistiche e territoriali.

Per quanto concerne i laboratori ufficiali, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2017/625 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 15 marzo 2017, le autorità competenti designano laboratori ufficiali cui far effettuare analisi, prove e diagnosi di laboratorio a partire dai campioni prelevati durante i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali.

Le autorità competenti possono designare come laboratorio ufficiale un laboratorio che abbia i requisiti di cui all'art. 37 del Reg. (UE) 2017/ 625 o in deroga di cui all'art. 41 del Reg. (UE) 2017/625.

Gli attuali laboratori ufficiali designati dall'Osservatorio al Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali e comunicati alla Commissione Europea con nota prot. n° 9052766 del 13/08/2020, sono:

- Università degli studi di Foggia - Dipartimento di Scienze Agro-Ambientale, Chimica e Difesa Vegetale, Sezione Patologia Vegetale;
- Università del Salento - Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche e Ambientali, Laboratorio di Fisiologia Vegetale;
- Centro di Ricerca, Formazione e Sperimentazione in Agricoltura "Basile Caramia", già accreditato ad operare secondo la norma EN ISO/IEC 17025 per le analisi molecolari su *Xylella*;
- Istituto Agronomico Mediterraneo di Valenzano;
- Università degli Studi di Bari- Dipartimento di Scienze del Suolo, della Pianta e degli Alimenti (Di.S.S.P.A.);
- Istituto per la Protezione Sostenibile delle Piante del C.N.R. di Bari.

I rapporti tra Osservatorio e i laboratori ufficiali sono regolati attraverso una procedura di evidenza pubblica e/o accordi di cui all'art. 15 della legge agosto 1990, n. 241 'Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi'.

6 Fonti di finanziamento

L'importo complessivo del Piano d'azione 2023 e 2024 è pari a € 3.620.000,00 per il 2023 e € 4.020.000,00 per il 2024 a valere su risorse del bilancio autonomo regionale. Le risorse economiche sono state stanziate e approvate dal Consiglio regionale della Regione Puglia con legge regionale 30 dicembre 2021, n. 52 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024".

Qualora le risorse stanziate per il presente Piano 2023-2024 dovessero risultare insufficienti, si farà fronte utilizzando le risorse rivenienti da altre fonti di finanziamento europee, nazionali e regionali.

7 Cronoprogramma delle attività

Attività	Mesi											
	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
1. Organizzazione attività												
2. Sorveglianza aree delimitate												
3. Sorveglianza area indenne												
4. Sorveglianza a seguito di rinvenimento di pianta infetta												
5. Rimozione delle piante												
6. Sorveglianza fitosanitaria - l.r. 4/2017												
7. Monitoraggio vettori												
8. Strategia di controllo dei vettori												
9. Controlli ufficiali												
10. Comunicazione												
11. Ricerca e collaudo delle innovazioni												

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
OSF	DEL	2022	15	05.12.2022

APPROVAZIONE "PIANO D'AZIONE PER CONTRASTARE LA DIFFUSIONE DI XYLELLA FASTIDIOSA (WELL ET AL.) IN PUGLIA"BIENNIO 2023-2024.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - CARMEN PARTIPILO

Dirigente

D.SSA REGINA STOLFA

Firmato digitalmente da REGINA STOLFA
C = IT
Data e ora della firma: 07/12/2022 18:28:37

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 dicembre 2022, n. 1868

Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

L'Assessore "Sanità, Benessere animale, Controlli Interni, Controlli connessi alla gestione emergenza COVID-19", sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile P.O. Programmazione attività sanitaria – integrazione Ospedale Territorio e dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTI:

- il d.lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all'art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;

- la legge regionale n.25 del 2006 che, all'art. 14, prevede che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;

- il d.lgs. 23 giugno 2011, nr. 118, come integrato dal d.lgs. 10 agosto 2014 nr. 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;

- il decreto ministeriale n.70 del 2015 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n.198/CSR del 13 gennaio 2015);

- l'Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) concernente il Piano Nazionale della Cronicità;

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;

- il Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;

- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;

- il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;

- l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20 febbraio 2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità;

- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 di approvazione del documento ad oggetto: "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 di approvazione del Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";

- il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;

- l'Accordo Stato-Regioni sul documento ad oggetto: "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38" del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR);

- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale";

- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto "Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";

- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

- il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio;

- la Riforma sulle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario secondo un approccio one health e con una visione olistica («Planetary Health»);

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;

- il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione»;

- la deliberazione della Giunta regionale n.1466 del 15 settembre 2021 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere , denominata "Agenda di Genere";

- il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, recante modifiche alla Tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

- la legge regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";

- la legge regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";

- la DGR n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";

- il decreto del Ministro della salute 20 gennaio2022 recante la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;

- la DGR n.134 del 15/02/2022 ad oggetto: "Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6;
- la deliberazione della Giunta regionale n.302 del 07 marzo 2022 recante: "Valutazione di Impatto di Genere. Sistema di Gestione e di monitoraggio";

- la DGR n.688 del 11/05/2022 ad oggetto: "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";

- Il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

- la DGR n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: "DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione";

- l'Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022) recante *"Parere, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1, comma 274, della legge n.234 del 2021. PNRR".*

PREMESSO CHE:

a) con la deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15/02/2022 ad oggetto: "*Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6*", è stato approvato, *inter alia*, il documento "*Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR)*";

b) con la deliberazione di Giunta regionale n.688 del 11/05/2022 ad oggetto: "*Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022*", in attuazione di quanto previsto dalla precitata DGR n.134 sono state individuate dettagliatamente le strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT) finanziate non solo dal PNRR, ma , altresì, da altre fonti di finanziamento;

c) con la deliberazione di Giunta regionale n.763 del 26/05/2022 ad oggetto: "*DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione*" è stato approvato lo schema del Contratto Interistituzionale di Sviluppo, successivamente sottoscritto dal Presidente della Regione con il Ministero della Salute, unitamente al Piano Operativo Regionale;

CONSIDERATO CHE:

a) il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77 ad oggetto: *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"* (d'ora in avanti DM 77)*,* in coerenza con il PNRR , persegue gli obiettivi di potenziamento dei servizi assistenziali territoriali al fine del raggiungimento della garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e, contestualmente, costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali; in particolare attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e sociosanitaria per la popolazione di riferimento;

- il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;

- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi-professionali che prendano in carico la persona, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;

- logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;

- modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;

- la valorizzazione della coprogettazione con gli utenti;

- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Agenzie di Tutela della Salute, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);

b) il nuovo modello di assistenza sul territorio delineato dal DM 77 si muove, quindi, su quattro principi cardine:

1. medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento;

2. sanità di iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo;

3. stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi;

4. progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione;

c) il DM 77 definisce le caratteristiche organizzative gestionali del distretto: il distretto è di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio;

d) la programmazione, ai sensi del DM 77, deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000-50.000 abitanti;

- Case della Comunità Spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti (tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola);

- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti;

e) l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali, delineata nel DM 77, favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata;

f) lo sviluppo della sanità digitale trova nella telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale e organizzativo della rete del servizio sanitario.

DATO ATTO che:

a) il provvedimento è stato predisposto sulla base delle indicazioni fornite da Agenas anche attraverso la documentazione ad oggetto: “Metaprogetto CdC”, “Metaprogetto OdC” e “Metaprogetto COT”;

b) il provvedimento si configura quale primo atto di programmazione che, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale, è suscettibile di integrazioni e modificazioni, sempre in coerenza con il DM 77 nonché con le deliberazioni di Giunta regionale già approvate (DGR n.134 del 15/02/2022 e DGR n.688 del 11/05/2022), al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;

c) il provvedimento, nella parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, in attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal DM 77, verrà integrato sulla base delle successive determinazioni ministeriali, sempre in coerenza con i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente. A tal proposito si richiama l’Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 256/CSR del 7 dicembre 2022) recante *“Parere, ai sensi dell’articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 274, della legge n.234 del 2021. PNRR”. Inoltre, l’art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, dispone, altresì, che “al fine di assicurare l’implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell’assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l’anno 2022, 150,1 milioni di euro per l’anno 2023, 328,3 milioni di euro per l’anno 2024, 591,5 milioni di euro per l’anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall’anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale”, e che ”con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR”.*

d) Nel Regolamento allegato al presente provvedimento sono riportati i requisiti organizzativi previsti dagli Accordi Stato Regioni in materia, nonché dalle previsioni del D.M. n. 70/2022. Di tali requisiti si terrà conto in fase di predisposizioni dei Piani Triennali di fabbisogno, attesa la volontà di allineare il fabbisogno alle esigenze dettate dalle strategie di programmazione sanitaria, ospedaliera e territoriale.

CONSIDERATO, altresì, che:

- il DM 77 all’art. 1, comma 2, prevede che: “ *Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento*” e, dunque, entro il 15 dicembre 2022;

- il monitoraggio semestrale degli standard previsti è assicurato dal Ministero della Salute per il tramite

di AGENAS (art. 2 D.M. n. 77/2022)Contratti Istituzionali di Sviluppo tra il Ministero della Salute e le Regioni;

- l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), per gli interventi della M6C1, si impegna a svolgere il ruolo di coordinamento, vigilanza e monitoraggio previsto dalla normativa, in attuazione e governance del PNRR e PNC per l'implementazione della riforma (CIS art. 4, comma 2).

TENUTO CONTO che:

a) si configura quale primo atto di programmazione;

b) in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale, potrà essere suscettibile di integrazioni e modificazioni;

c) potrà subire modifiche o integrazioni, sempre garantendo coerenza con i contenuti del DM 77, al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;

d) nella parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, in attuazione di quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022, verrà integrato sulla base delle successive determinazioni ministeriali, sempre in coerenza con i requisiti minimi previsti dalla normativa vigente.

TENUTO CONTO altresì, che:

- il presente provvedimento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e di A.Re.S.S.;

- le ulteriori indicazioni attuative del D.M. n. 77/2022 saranno definite con appositi provvedimenti di Giunta regionale, proposti dalle Sezioni/Servizi competenti in materia;

- in fase di approvazione definitiva dello schema di Regolamento, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, si terrà conto del parere reso dai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute, MEF) e da Agenas, ai quali viene trasmesso per il previsto parere;

- con il presente provvedimento si intende recepire gli Accordi Stato – Regioni in materia di cure palliative.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.
L'impatto di genere stimato è:
❏ diretto
❏ indiretto
X neutro

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.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta:

1) di approvare lo schema di Regolamento recante "*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022*", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il Regolamento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta – Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e di A.Re.S.S;
2) di approvare i documenti tecnici, rivenienti dalle indicazioni di Agenas e Ministero della Salute, di cui alla'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, come di seguito riportati:
- Allegato A) "Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità";
- Allegato B) "Il modello organizzativo della COT";
- Allegato C) "Modello organizzativo e tipologie dell'Ospedale di Comunità";

3) di approvare la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta da A.Re.S.S., di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

4) di trasmettere il presente Atto, per il tramite del Segretariato Generale della Giunta regionale, al Presidente del Consiglio regionale per l'acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante della Commissione competente per materia, nei modi e nei termini di cui all'art.44, comma 2 della legge regionale n.7/2004, come modificato dall'art.3 della L.R. n.44/2014;

5) di provvedere a integrare e/o modificare il Regolamento con successivi provvedimenti di Giunta, che saranno proposti dalle Sezioni/Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, competenti in materia, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale in attuazione di quanto previsto dal PNRR, dal DM 77, dall'art. 27 del d.l. n.36/2022 (legge n.79/2022) anche per la parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, nonché al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;

6) di stabilire che il competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale informi le organizzazioni sindacali circa il contenuto del presente provvedimento nonché gli Enti interessati dal presente provvedimento (ad esempio ANCI, ecc);

7) di recepire l'Accordo Stato-Regioni sul documento "*Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38*" del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Intesa Stato-Regioni sul documento "*Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n.38*" del 09 luglio 2020 (Rep. Atti n. 103/CSR) di cui agli allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

8) di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

9) di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

10) di rinviare a successivo provvedimento, conseguente agli adempimenti del citato art.44 comma 2 della L.R. 7/2004, l'approvazione definitiva del Regolamento;

11) di prevedere la pubblicazione integrale del Regolamento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O.: Isabella CAVALLO

La Dirigente del Servizio SGAT-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: Mauro NICASTRO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e
del Benessere Animale: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

• udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

• viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di fare propria la relazione dell'Assessore, che qui si intende integralmente riportata e trascritta;
1) di approvare lo schema di Regolamento recante "*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022*", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Il Regolamento è stato predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

– Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R. con il supporto delle altre Sezioni e Servizi del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" e di A.Re.S.S;

2) di approvare i documenti tecnici, rivenienti dalle indicazioni di Agenas e Ministero della Salute, di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, come di seguito riportati:
- Allegato A) "Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità";
- Allegato B) "Il modello organizzativo della COT";
- Allegato C) "Modello organizzativo e tipologie dell'Ospedale di Comunità";

3) di approvare la relazione tecnica di Analisi di contesto predisposta da A.Re.S.S., di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

4) di trasmettere il presente Atto, per il tramite del Segretariato Generale della Giunta Regionale, al Presidente del Consiglio Regionale per l'acquisizione, prima della definitiva approvazione, del parere preventivo obbligatorio non vincolante della Commissione competente per materia, nei modi e nei termini di cui all'art.44, comma 2 della legge regionale 7/2004, come modificato dall'art.3 della LR 44/2014;

5) di provvedere a integrare e/o modificare il Regolamento con successivi provvedimenti di Giunta, che saranno proposti dalle Sezioni/Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, competenti in materia, in relazione alle ulteriori indicazioni che potranno pervenire dal livello nazionale e/o regionale in attuazione di quanto previsto dal PNRR, dal DM 77, dall'art. 27 del d.l. n.36/2022 (legge n.79/2022) anche per la parte relativa ai requisiti organizzativi nonché al fabbisogno di personale, nonché al fine di assicurare il necessario raccordo con il quadro programmatico regionale in materia di organizzazione del SRPS, delle attività di prevenzione e promozione della salute, di assistenza territoriale, di assistenza ospedaliera e di riabilitazione;

6) di stabilire che il competente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale informi le organizzazioni sindacali circa il contenuto del presente provvedimento nonché gli Enti interessati dal presente provvedimento (ad esempio ANCI, ecc);

7) di recepire l'Accordo Stato-Regioni sul documento "*Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n.38*" del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Intesa Stato-Regioni sul documento "*Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n.38*" del 09 luglio 2020 (Rep. Atti n. 103/CSR), di cui agli allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

8) di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AASSLL ed Enti del Servizio Sanitario Regionale;

9) di trasmettere il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF) per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

10) di rinviare a successivo provvedimento, conseguente agli adempimenti del citato art.44 comma 2 della L.R. 7/2004, l'approvazione definitiva del Regolamento;

11) di prevedere la pubblicazione integrale del Regolamento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

Codice CIFRA: SGO/ DEL / 2022/00108

Regolamento regionale

Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022

Articolo 1
(Finalità)

1. Con il presente Regolamento viene definita l'organizzazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 concernente il "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".
2. In coerenza con il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, si definiscono:
   a) Distretto: è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, sociosanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce, inoltre, una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.
   b) Casa della Comunità (CdC): è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, nonché ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. Esso rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione e la erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;
   c) Infermiere di famiglia o comunità: è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona anche al fine di promuoverne i corretti stili di vita e l'adesione ai programmi di prevenzione e di promozione della salute. L'IFoC interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali; non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce il raccordo tra i servizi di prevenzione erogati a livello territoriale e la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola;
   d) Unità di continuità assistenziale: nel limite previsto dall'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in

carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa;

e) Centrale Operativa Territoriale (COT): è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività e programmi di prevenzione e promozione della salute, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;
f) Centrale Operativa 116117: sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale;
g) Assistenza domiciliare: in questo Regolamento intesa quale sinonimo di "cure domiciliari", è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. In relazione al bisogno di salute del soggetto e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli: cure domiciliari di livello base e cure domiciliari integrate (ADI) di I, II e III livello. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (art.22, DPCM 2017);
h) Ospedale di Comunità (OdC): è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio;
i) Rete delle cure palliative: è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale;
j) Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie: il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso o programmato e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento. Nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, i consultori familiari offrono, altresì, servizi gratuiti di orientamento e di educazione all'attività sessuale e a quella riproduttiva nonché per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;
k) Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico: il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di attuare i programmi di prevenzione e di promozione della salute e, in tale contesto, di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale, delle aziende ospedaliere e degli I.R.C.C.S. pubblici, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha, inoltre, il

compito di dare attuazione agli interventi previsti dal Sistema Nazionale Prevenzione Salute, istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute, previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9/6/2022, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità;

l) Telemedicina: è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

m) Sistemi informativi e di qualità: soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa informatizzazione dei processi di attività nonché la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nelle attività di prevenzione e promozione della salute e nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di infrastrutture tecnologiche e informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, Sistemi informativi dell'area prevenzione e promozione della salute,etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

Articolo 2
(Distretto)

1. Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio e ha un dimensionamento standard di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

2. Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

3. Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

4. Al Distretto possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

a) committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla

pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

b) produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 *quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

c) garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

5. L'organizzazione del Distretto deve garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi deputati alle attività di prevenzione e promozione della salute, con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

6. Il Distretto può avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

7. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

8. Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio- sanitaria di cui all'articolo 3 *septies* del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL.

9. Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Egli è garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

10. Il Distretto e il relativo Direttore acquisiscono la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

11. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'articolazione della Rete dei Distretti Socio – Sanitari (D.S.S.) della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascun D.S.S.

Articolo 3
(Casa di Comunità)

1. La Casa di Comunità (CdC) è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria, e rappresenta il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.
2. La CdC è una struttura pubblica del SSN facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito; essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito.
3. I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).
4. L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

a) l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
b) la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
c) la prevenzione e la promozione della salute - anche attraverso l'implementazione del Punto Unico di Accesso alla Prevenzione (PUAP) - attuando gli interventi previsti da piani e programmi nazionali e regionali, mediante equipe sanitarie coordinate dalle Direzioni dei Servizi e dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione aziendale;
d) la promozione e tutela della salute dei minori, e della donna, sia in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva sia negli ambiti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS), in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
e) la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
f) la presa in carico unitaria delle persone coinvolte dai programmi organizzati di prevenzione e promozione della salute ivi compresi i programmi di screening oncologici;
g) la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata agendo sull'empowerment dei pazienti e sulla promozione della prevenzione, sviluppando forme proattive di rapporto medico-paziente;
h) le attività di valutazione della popolazione, in base alla rilevazione di informazioni utili alla determinazione del profilo di rischio individuale, per l'identificazione e la segmentazione dei bisogni di salute, di quelli connessi alla protezione dai rischi e di quelli connessi al contesto lavorativo, socio-economico, culturale e ambientale;
i) la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
j) l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi di prevenzione, servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
k) la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

5. La CdC è il luogo in cui operano, attraverso il lavoro di gruppo, i medici di medicina generale (MMG) in forma associata, i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, gli assistenti sociali e gli altri professionisti sanitari. La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare e multi professionale, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e di interventi sanitari. L'attività deve essere

organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, gli assistenti sanitari e altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio medici igienisti, Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali e di garantire equità nell'accesso ai servizi di prevenzione e di promozione della salute e a quelli sanitari. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza , orientamento e counselling alle persone.

6. I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari che operano all'interno delle CdC provvedono a garantire le attività di prevenzione e promozione della salute, quelle di assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

7. Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, sono previste due tipologie di CdC secondo il modello hub e spoke:

   a) La CdC hub, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base anche correlate ai programmi organizzati;

   b) La CdC Spoke è prettamente finalizzata all'erogazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute e di quelli di assistenza primaria.

8. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di prevenzione e promozione della salute e a quelli di assistenza primaria.

9. Lo standard è pari a: 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti. In Puglia sono previste n. 121 Case di Comunità, come da D.G.R n. 688/2022.

10. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di CdC si rinvia all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.

11. Con provvedimento di Giunta regionale è aggiornata la Rete delle Case di Comunità nonché il dettaglio delle attività e dei servizi di ciascuna Casa di Comunità.

Articolo 4
(Infermiere di famiglia o di comunità)

1. L'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) contribuendo all'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti.

2. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

   a) collabora con le altre figure professionali del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare la intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
   b) contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute

rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

c) favorisce la raccolta delle informazioni, l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva valutazione del rischio, dei bisogni di salute e la presa in carico della persona assistita;
d) promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari e in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione aziendale;
e) promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
f) svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti stili di vita e comportamenti individuali, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
g) valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
h) lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
i) utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

3. Lo standard è pari a: 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

4. Con provvedimento di Giunta regionale è definita l'organizzazione e l'assegnazione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per ciascuna ASL.

Articolo 5
(Unità di continuità assistenziale)

1. L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico e 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio e ospedalieri.

2. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

3. L'UCA non sostituisce, ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico- assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

a. Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
b. Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
c. Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici ivi comprese l'esecuzione di test a domicilio, e relativi interventi terapeutici;
d. Programmi di prevenzione e promozione della salute, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, da Piani Straordinari e dal Calendario Vaccinale per la Vita della Regione Puglia);
e. Programmi di prevenzione e di promozione della salute, in modo coordinato con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito:

- del sistema educativo di istruzione e di formazione;
- nelle comunità difficili da raggiungere;
- in particolari contesti lavorativi, socio-economici, ambientali e del disagio.

4. L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT e accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata, inoltre, di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.
5. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.
6. Gli operatori dell'UCA utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
7. Lo standard è pari a: 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti.
8. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo delle UCA.

Articolo 6
(Centrale Operativa Territoriale)

1. La Centrale Operative Territoriale (COT) svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona anche nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute, che diventa integrata e coordinata, sia del raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi percorsi e nei diversi setting assistenziali: attività di prevenzione, attività di assistenza territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e, altresì, dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
2. L'obiettivo della COT è assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:
   a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra programmi, percorsi e setting diversi: programmi di prevenzione, presa in carico in PDTA, ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
   b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
   c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni tra diversi luoghi o livelli clinico assistenziali;
   d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
   e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno;
   f) consultazione e registrazione dei dati attraverso i sistemi informativi facenti parte dell'ecosistema di sanità digitale nazionale e di quello regionale.
3. Tutti gli attori servizio sanitario regionale, personale della prevenzione distrettuale territoriale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, In particolare: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, medici e professionisti sanitari dei dipartimenti territoriali, medici e professionisti sanitari addetti ai servizi di prevenzione e promozione della salute,

medici e professionisti sanitari presenti nelle CdC, nei servizi aziendali e in quelli distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

4. La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche e informatiche quali, ad esempio, piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.
5. Il servizio che offre è operativo 24/7 ed è composto da 8 figure professionali che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale e integrando le competenze di figure diverse tra loro. La composizione e la numerosità del team all'interno della COT deve tener conto delle funzioni previste e del bacino di utenza.
6. Lo standard professionale da prevedere in una COT per un Distretto standard di circa 100.000 abitanti comprende:
- 1 Responsabile/Coordinatore Infermieristico;
- 3-5 Infermieri/Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC);
- 1-2 Unità di Personale di Supporto (sanitario e/o amministrativo).
7. In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità come Infermiere case manager, medico, assistente sanitario, assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione.
8. L'utenza a cui è diretto questo servizio è ad uso esclusivo delle figure che appartengono alla rete dei Professionisti della Salute, parte del sistema sociosanitario, personale distrettuale e ospedaliero:
   a) medici di medicina generale (MMG),
   b) pediatri di libera scelta (PLS),
   c) medici di continuità assistenziale,
   d) medici specialisti ambulatoriali interni,
   e) professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali,
   f) professionisti sanitari presenti nei servizi distrettuali,
   g) personale delle strutture di ricovero intermedie,
   h) personale delle strutture di ricovero residenziali e semiresidenziali,
   i) personale operante nei servizi sociali.
9. Gli operatori della COT utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
10. Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore. In Puglia sono previste n. 40 COT, come da D.G.R. n. 688/2022.
11. Con riferimento al modello organizzativo della COT si rinvia all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.
12. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle COT di ciascuna ASL.

Articolo 7
(Centrale Operativa 116117)

1. Il numero 116117 (NEA) ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche

con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti.

2. La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a due milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

3. Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

4. La NEA 116117 eroga servizi:

1) che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:

a) prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale;

b) individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.

2) che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

a) modalità di accesso alle prestazioni dei MMG/PLS, anche in caso di difficoltà di reperimento /contatto del medico;

b) consigli sanitari non urgenti da fornirsi alle persone prima e dopo l'orario di operatività del servizio di Continuità Assistenziale, con eventuale inoltro della chiamata, in caso di necessità, al 118;

c) modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

5. Lo standard è pari a: 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative definite con il presente Regolamento.

6. Con provvedimento di Giunta regionale è definito il modello organizzativo della Centrale Operativa NEA 116117, individuando espressamente ruoli e responsabilità.

Articolo 8
(Assistenza domiciliare)

1. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato.

2. Le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) vanno tenute distinte dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente.

3. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

4. Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale

integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri setting assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI.

5. Viene assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

6. La Regione garantisce l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul territorio.

7. La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

8. I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa e operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'équipe assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi setting assistenziali.

9. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

10. La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

11. Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

12. Gli operatori del servizio di assistenza domiciliare utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

13. Lo standard è pari a: 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

14. Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare sono pari a: % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

15. Con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021 si rinvia al Regolamento regionale in materia.

Articolo 9
(Ospedale di Comunità)

1. L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.
2. L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.
3. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").
4. L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali a uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.
5. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. É possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per un totale di massimo 40 posti letto per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. È gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.
6. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali, e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza può prolungarsi ulteriormente.
7. Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale, ma hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, oppure pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.
8. Le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:
   a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
   b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Ai pazienti di cui al comma precedente deve essere garantita l'assistenza infermieristica continuativa e l'assistenza medica programmata o su specifica necessità.

9. L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:
   a) medico di medicina generale;
   b) medico di continuità assistenziale;
   c) medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
   d) medico del pronto soccorso;
   e) pediatra di libera scelta.

10. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.

11. In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

12. La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.

13. Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

14. La responsabilità organizzativa è affidata a un responsabile infermieristico ai sensi del DM n. 70/2015, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020. Gli Operatori Socio-Sanitari coadiuvano il servizio di assistenza infermieristica, garantendone la continuità H24, vi sono gli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

15. La responsabilità igienico sanitaria e clinica complessiva della struttura è in capo al medico e può essere attribuita a un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI.

16. L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

17. All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza e gli ausili eventualmente necessari al rientro del paziente al domicilio.

18. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

19. In generale per ogni modulo di 20 posti letto deve essere comunque garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

a. 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC e di cui 1 responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale);
b. 4-6 Operatori Socio Sanitari (OSS);
c. 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
d. 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

20. L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

21. I responsabili delle attività cliniche e infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

22. In caso di emergenza, devono essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

23. All'interno degli OdC devono, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, *in loco* o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

24. Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria, in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

25. L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

26. Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

27. L'OdC è dotato di apposito sistema informativo, facente parte dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata; mediante tale Sistema è assicurata la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute nonché l'interconnessione con gli altri sistema di Sanità digitale della Puglia e/o nazionali..

28. Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

a. Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
b. Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
c. Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;
d. Degenza media in OdC;
e. Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier);
f. N. pazienti provenienti dal domicilio;
g. N. pazienti provenienti da ospedali.

29. Le funzioni da inserire all'interno degli OdC sono riportate all'interno dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, insieme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi.

30. Gli operatori degli OdC utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

31. Lo standard è pari a: 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. In Puglia sono previsti n. 38 Ospedali di Comunità, come da D.G.R. n. 688/2022.

32. Con riferimento al modello organizzativo e alle tipologie di OdC si rinvia all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente Regolamento.
33. Con provvedimento di Giunta regionale è definita e aggiornata la rete degli Ospedali di Comunità nonché la relativa organizzazione e funzionamento.

Articolo 10
(Rete delle cure palliative)

1. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:
   a) coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
   b) definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
   c) adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
   d) raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
   e) attiva percorsi formativi aziendali specifici;
   f) partecipa a iniziative di Ricerca.
2. La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.
3. La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, agisce, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:
   a) nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
   b) nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
   c) a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
   d) nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.
4. I servizi di cui al comma precedente devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.
5. Lo standard è pari a:
   a) 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
   b) Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

6. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento della Rete regionale delle cure palliative dell'adulto e pediatriche.

7. Gli operatori delle Reti Cure Palliative utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

Articolo 11
(Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie)

1. Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
2. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.
3. L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare, multi professionale e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e attraverso programmi multi professionali di promozione della salute e di assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.
4. Il CF svolge la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).
5. L'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, innumerevoli altri attori possono contribuire alla produzione del benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).
6. Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, e altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.
7. Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (prevenzione, territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.
8. Tutte le sedi dei CF devono essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.
9. Lo standard è pari a:
1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.
10. Gli operatori dei Consultori utilizzano sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.
11. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la rete consultoriale della Regione Puglia, nonché il dettaglio delle attività/servizi resi in ciascuno Consultorio Familiare.

Articolo 12
(Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico)

1. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

2. Alla luce di quanto definito dal DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce, attraverso le sue articolazioni e i suoi professionisti, il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita, nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, le seguenti funzioni:

a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
c) Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
d) Salute animale e igiene urbana veterinaria
e) Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
g) Attività medico legali per finalità pubbliche.

3. Il Dipartimento di Prevenzione (DP), in quanto facente parte del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), istituito ai sensi dell'art. 27 del decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni in legge 29 giugno 2022, n. 79, e del Sistema Regionale Prevenzione Salute (SRPS) previsto dall'art. 2 del Decreto Ministeriale 9.6.2022, assicura gli interventi di prevenzione primaria correlati, in particolare, alla promozione della salute, alla prevenzione e al controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, anche derivanti da cambiamenti socio-economici, valorizzando le esigenze di tutela delle comunità e delle persone vulnerabili o in situazioni di vulnerabilità, in coerenza con i principi di equità e prossimità e il raggiungimento degli obiettivi previsti dai rispettivi Piani nazionali e regionali.

4. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della rete del Sistema Nazionale Prevenzione Salute (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con l'ARPA Puglia facente parte del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA), con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

5. Il Dipartimento di Prevenzione, nelle sue diverse articolazioni e organizzazioni aziendali, è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni elencate ai commi precedenti.

6. A partire dalle funzioni di cui al comma 2) e al comma 3), il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, di sanità pubblica, etc.

7. Per la sorveglianza delle malattie infettive, in uno scenario di pre-allerta epidemica, è prevista la strutturazione nell'ambito di ciascun Dipartimento di Prevenzione, di almeno nr. 1 team multisettoriale al fine di fronteggiare le emergenze pandemiche con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021 e dal corrispondente Piano Pandemico Regionale (PanFlu Puglia).

8. Per adempiere alle attività e funzioni previste, il DP:

a. opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;
b. garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

9. Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

10. Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.

11. Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce l'articolazione dei servizi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito delle Case della Comunità nonché l'attivazione di un coordinamento stabile con i Dipartimenti di Salute mentale, delle Dipendenze, di Riabilitazione territoriale nonché con tutte le altre articolazioni e servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

12. Per la piena realizzazione del mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una governance flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno a obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

13. Elementi cardine della organizzazione di cui ai commi precedenti sono:

a. valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;

b. azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;

c. azioni di preparedness e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;

d. cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy ed effectivenes), equità e sostenibilità;

e. approccio sistemico:

- nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitari a rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;

- nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;

f. comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;

g. qualità ovvero adozione e implementazione di standard e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;

h. formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (core competencies) finalizzata:

- al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;

- all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;

i. valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
- di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
- di valutazione di impatto dei programmi;
- di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

14. Il DP assicura un modello di collaborazione - anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP, di esperti in tematiche che riguardano la salute, l'ambiente e le loro connessioni - che funga da elemento collettore a livello territoriale delle attività svolte dalle Case di Comunità, al fine di garantire in modo coordinato la prevenzione e la promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dalle equipe sanitarie sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione.

15. Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica operano, a livello regionale, nell'ambito del SRPS e, a livello nazionale, nell'ambito del SNPS-SNPA, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un metodo basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le attività svolte nell'ambito delle Case della Comunità.

16. Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (stewardship); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health).

17. In relazione all'ampliamento delle competenze e delle funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, come riportato ai commi precedenti, può essere prevista, in coerenza con gli indirizzi nazionali e mediante specifici provvedimenti della Regione Puglia, una diversa articolazione territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione, al fine di mantenere efficienza organizzativa e conoscenza delle peculiarità di ciascun territorio con particolare riferimento all'identità, all'omogeneità culturale e socioeconomica che risultano fattori imprescindibili nell'azione di prevenzione e di promozione della salute.

18. Con deliberazione di Giunta regionale si provvede all'aggiornamento dell'organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Articolo 13
(Telemedicina)

1. La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). Essa rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

2. La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita, inoltre, lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

3. Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, devono far parte, quale opportunità e fattore abilitante, dei modelli di gestione integrata delle attività di prevenzione e promozione della salute, delle attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

4. La sanità digitale e la telemedicina devono favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona. L'utilizzo della telemedicina per l'erogazione

di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

5. Lo sviluppo della telemedicina è elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, come definita con il presente Regolamento, poiché favorisce:

a) la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e le persone che accedono ai servizi nonché tra gli operatori sanitari stessi;

b) il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;

c) la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;

d) l'efficientamento dei servizi di prevenzione e promozione della salute e delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'adesione ai programmi di prevenzione secondaria l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;

e) la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata a livello territoriale, tra ospedale e territorio e tra ospedale e percorsi di riabilitazione, , anche assicurando processi di deospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;

f) la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei gruppi di lavoro, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

6. In base alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, le prestazioni e i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

7. Per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità.

8. In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina a livello aziendale e/o regionale,i, devono:

a) interoperare con le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e con le piattaforme di sanità digitale della Puglia (FSE, CUP, Edotto, Sistemi dell'area Prevenzione, Portale Puglia Salute, etc.) a supporto delle attività di prevenzione e promozione della salute e dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
b) supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
c) supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
d) uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
e) mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

9. La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

10. Affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte della persona cui le prestazioni si riferiscono ovvero dei suoi tutori/esercenti la responsabilità genitoriale; essa si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

11. In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

a. se sa usare o è in grado di imparare a usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);

b. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità;

c. se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti;

d. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

12. Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020 nonché ai provvedimenti regionali in materia.

13. Con deliberazione di Giunta regionale è definito il modello organizzativo e di funzionamento delle prestazioni in telemedicina.

Articolo 14
(Sistemi informativi e di qualità)

1. Tutte le articolazioni organizzative del Distretto devono essere dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale, e devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. La Regione e le Aziende Sanitarie Locali assicurano che, nell'ambito dell'ecosistema di Sanità digitale della Puglia, a ciascun Distretto siano resi disponibili infrastrutture tecnologiche e sistemi di Sanità digitale, integrati e interoperabili sia con i sistemi e le piattaforme nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e quelli regionali (FSE, CUP, Edotto, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

2. I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;
b) integrarsi e interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;
c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma può utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute,

nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;

d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

3. I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) la Regione adotta le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.

4. Le strutture territoriali e intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a:

a) Gestione del rischio clinico:
   • applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;
   • applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
   • effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:
   • definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;
   • misurazione delle prestazioni e degli esiti;
   • audit clinici;

c) Documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei caregiver;

d) Formazione continua e interprofessionale del personale.

5. Tutte le articolazioni organizzative che operano per la prevenzione e la promozione della salute, per la realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale, come definito con il presente Regolamento, nonché per l'integrazione tra prevenzione, territorio e ospedale, sono dotate e devono utilizzare soluzioni digitali idonee ad assicurare la completa digitalizzazione dei processi di attività nonché la produzione nativa dei documenti sanitari e di quelli amministrativi in formato digitale, secondo le norme, le linee guida e gli standard adottati a livello nazionale. Esse devono assicurare la condivisione dei dati relativi a ciascun soggetto con i Distretti e tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nei programmi di prevenzione e di assistenza, al fine di consentire di realizzare la presa in carico della personale nell'ambito di servizi in rete pienamente integrati anche sotto il profilo della gestione digitale di processi e documenti.

6. Con deliberazione di Giunta regionale è definita la modalità di implementazione dei Sistemi informativi.

Art. 15
(Monitoraggio)

1. Con il presente Regolamento si intende istituire una Cabina di Regia deputata al monitoraggio dell'attuazione di quanto espressamente previsto dal D.M. n. 77/2022. La Cabina di Regia, coordinata dal Direttore del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" o suo delegato, si compone di:

- Dirigenti di Sezione e di Servizio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale;
- Direttori di Area dell'Aress;

2. Con provvedimento dirigenziale del Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale sono nominati i componenti della Cabina di Regia di cui al comma precedente.
3. La Cabina di Regia si riunisce almeno bimestralmente e comunque in coerenza con le tempistiche degli adempimenti previsti dal CIS e delle scadenze ministeriali ex PNRR.
4. La Cabina di Regia effettua il monitoraggio delle Azioni poste in essere dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. A tal proposito i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono predisporre , entro sessanta giorni dalla emanazione del presente Regolamento, un Piano Operativo attuativo, indicando il relativo cronoprogramma, sulla base delle indicazioni fornite dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale.
5. Il Piano Operativo di ciascuna Azienda ed Ente del Servizio Sanitario è approvato con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 16

Riorganizzazione complessiva assistenza territoriale e accreditamento istituzionale

1. Con deliberazione di Giunta regionale è resa compatibile la programmazione regionale vigente rispetto alla individuazione delle strutture di cui al D.M. n. 77/2022. In particolare si dovrà rendere compatibile il ruolo dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) nell'ambito dei nuovi modelli organizzativi, derivanti anche dal finanziamento PNRR.

2. Le strutture sanitarie previste dal presente Regolamento dovranno essere accreditate secondo le disposizioni previste dalla vigente normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento alla L.R. n. 9/2017 e ss.mm.ii.

Sintesi del Profilo di Salute ed Equità Regione Puglia

Profilo demografico

Al 1° gennaio 2021 la **popolazione residente** in Puglia ammonta a 3.933.777 con una lieve prevalenza di femmine (51,4%) rispetto ai maschi (48,6%).

Si conferma un graduale invecchiamento della popolazione legato sia all'aumento della speranza di vita che alla riduzione della natalità.

La popolazione della Puglia per fasce d'età ripercorre in maniera molto simile la composizione della popolazione italiana con una percentuale di over 65 che ammonta al 23,1%, di poco più bassa alla percentuale nazionale (23,5%).

I principali indici demografici per la popolazione Pugliese e relativo confronto con la popolazione italiana sono riportati in tabella 1.1.1.

Tabella 1.1.1 - Indicatori demografici 2021, Puglia vs Italia

Indicatore	Puglia			Italia
	Totale	M	F	
Popolazione residente al 1° gennaio 2021	3.933.777	1.913.253 (48,6%)	2.020.524 (51,4%)	59.236.213
Popolazione per fasce d'età				
0-14	12,8%			12,9%
15-64	64,1%	-	-	63,6%
65+	23,1%			23,5%
% cittadini stranieri	3,4%	3,6%	3,2%	8,7%
Età media della popolazione	45,4			45,9
Indice di vecchiaia	181,1%	-	-	182,6%
Indice dipendenza anziani	36,1%	-	-	37,0%
Indice dipendenza strutturale	56,0%	-	-	57,3%
Tasso di mortalità x 1.000*	12,0	-	-	12,0
Speranza di vita alla nascita**	81,8	79,6	84,1	82,4
Speranza di vita a 65 anni **	19,9	18,3	21,4	20,3
Tasso di natalità x 1.000*	6,7	-	-	6,8
Età media della madre al parto**	32,3	-	-	32,4
Mortalità infantile x 1.000 (2019)	2,17	2,04	2,31	2,50

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2021 (http://demo.istat.it/)

*** Stimato 2021*

** Provvisorio 2021*

Nella regione sono presenti differenze territoriali nella proporzione di over 65: di tutti gli over 65 della regione il 30,4% risiede nella provincia di Bari e la percentuale è minima nella provincia della Bat dove gli ultrasessantacinquenni rappresentano l'8,5% degli ultra65enni pugliesi.

Con maggior dettaglio, la proporzione di persone nelle fasce di età 65-74, 75-84 e 85+ anni, sul totale della popolazione residente, è pari rispettivamente all'11,9%, 7,8% e 3,4%, in linea con il dato nazionale (tabella 1.1.2). In Puglia, come anche per l'Italia, è evidente l'aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, in particolare nel sottogruppo di popolazione dei "grandi anziani" (85+ anni).

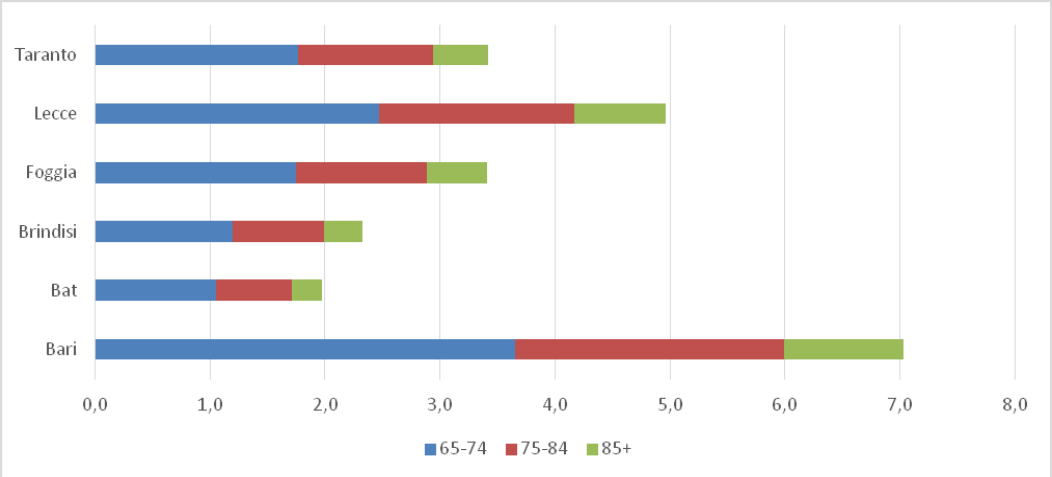
Tabella 1.1.2 - Distribuzione assoluta e percentuale della popolazione per le seguenti fasce di età: 65-74, 75-84, 85+ (Puglia vs Italia)

	PUGLIA						ITALIA					
	Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
65-74	467730	11,9	220183	11,5	247547	12,3	6915504	11,7	3262458	11,3	3653046	12,0
75-84	306915	7,8	134671	7,0	172244	8,5	4825173	8,1	2093752	7,3	2731421	9,0
85+	134751	3,4	47272	2,5	87479	4,3	2200854	3,7	736924	2,6	1463930	4,8

Fonte: Demo ISTAT, popolazione residente per età e genere al 1° gennaio 2021 (http://demo.istat.it/)

Tra gli ultrasessantacinquenni, la popolazione di residenti rispetto al totale della popolazione pugliese varia dal 7,0% nella provincia di Bari al 2,0% e 2,3%, rispettivamente nella provincia della Bat e di Brindisi. (figura 1.1.1).

Figura 1.1.1 - Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età e provincia. Puglia, 1° gennaio 2021



Fonte: ISTAT, https://dati.istat.it

La **speranza di vita alla nascita** nel 2021 per i cittadini della Puglia risulta di 81,8 anni, con una differenza per genere di 4,5 anni a favore delle donne (84,1 vs 79,6) mentre l'**indice di vecchiaia** ammonta a 181,1% indicando che vi sono 1,8 over 65 per ogni cittadino nella fascia 0-14 anni. La percentuale di **over 65** ammonta al 23,1% e il 30,4% risiede nella provincia di Bari.

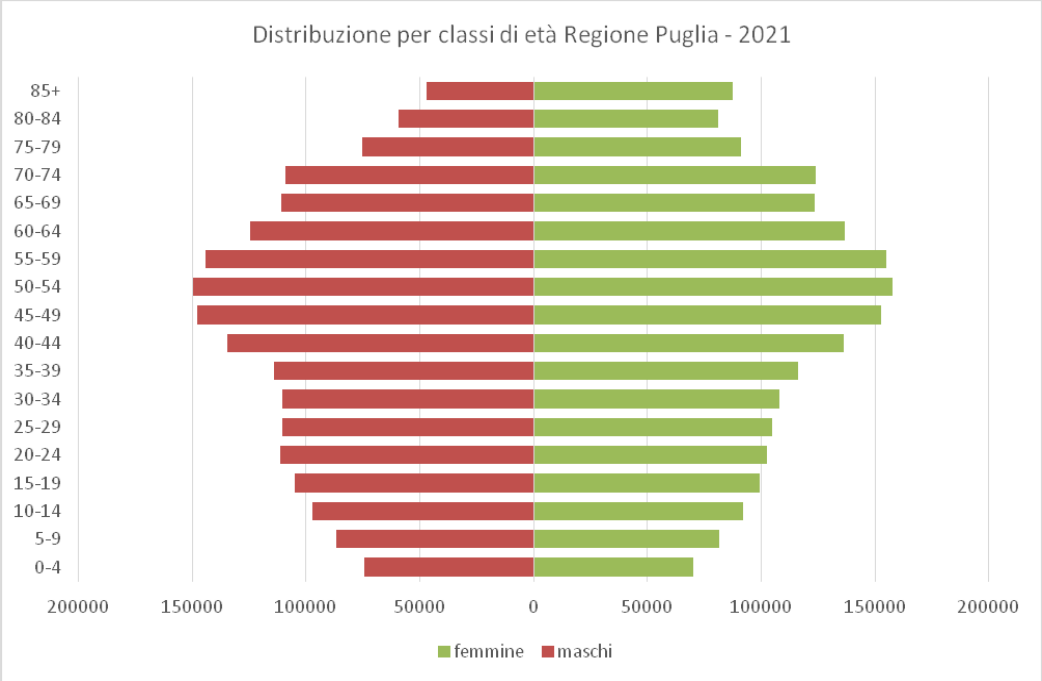
La speranza di vita alla nascita e la speranza di vita a 65 anni, secondo il dato più recente stimato del 2021, sono di poco inferiori ai valori nazionali. Si conferma anche per la Puglia che la speranza di vita sia alla nascita che a 65 anni è maggiore nelle donne che negli uomini.

Gli indici di vecchiaia, di dipendenza anziani e di dipendenza strutturale al 1° gennaio 2021 presentano valori inferiori rispetto alla media nazionale.

L'indice di vecchiaia mostra, in Puglia, un costante aumento.

La figura 1.1.2 mostra la piramide delle età con il dettaglio per maschi e femmine.

Figura 1.1.2 - Piramide delle età. Popolazione residente della regione Puglia al 1° gennaio 2021 per genere e classe di età.



Fonte: ISTAT, https://dati.istat.it

Dati ottenuti da Istat mostrano, al 01/01/2021, un'ampia variabilità per numero di residenti tra le varie province della Puglia con un valore minimo per la Bat (381.091) e massimo per la provincia di Bari (1.230.158).

L'indice di vecchiaia, l'indice dipendenza anziani e l'indice dipendenza strutturale mostrano valori più bassi per la Bat e più elevati per la provincia di Lecce indicando, per quest'ultima, una maggiore quota di residenti in età anziana rispetto alle altre fasce di età.

Tabella 1.1.3 - Popolazione residente ed indici demografici per le province della Puglia al 01/01/2021

	Popolazione residente	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale
Puglia	3.933.777	181,1	36,1	56,0
Bari	1.230.158	174,4	34,8	54,8
Bat	381.091	149,4	30,8	51,5
Foggia	602.394	166,8	34,5	55,2
Brindisi	381.946	196,0	37,5	56,7
Taranto	561.958	188,2	37,7	57,8
Lecce	776.230	209,6	40,0	59,1

Caratteristiche demografiche dei residenti in Puglia

Fonte: Istat

In Puglia, secondo dati Istat del Censimento permanente nel 2019, risiedevano 1.595.981 famiglie con una dimensione media piuttosto omogenea a livello regionale pari a 2,47 componenti per famiglia rispetto ai 2,29 a livello nazionale (tabella 1.1.4). Nella regione, nel 2021, il 27,7% delle persone vivono da sole (33,2% a livello nazionale). Le famiglie con più di 5 componenti sono il 6,5% in Puglia, rispetto al 5,1% a livello nazionale.

Tabella 1.1.4 - Famiglie e numero medio di componenti per provincia nel 2019 in Puglia e in Italia

Numero famiglie in Italia anno 2019

Italia	25.851.122
Puglia	1.595.981
Foggia	243.307
Bari	489.859
Bari	134.506
Taranto	230.649
Taranto	80.999
Brindisi	158.319
Lecce	328.874
Barletta-Andria-Trani	144.973

Numero medio componenti famiglia anno 2019

Italia	2,29
Puglia	2,47
Foggia	2,49
Bari	2,50
Taranto	2,44
Brindisi	2,43
Lecce	2,37
Barletta-Andria-Trani	2,64

Fonte: ISTAT, dati Censimento permanente http://dati-censimentipermanenti.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCSS_FAMIGLIE

Profilo socioeconomico

Si riportano i principali indicatori socioeconomici della Puglia che fanno registrare in molti casi valori peggiori della media nazionale.

Tabella 1.2.1 - Indicatori di contesto socio-economici. Puglia e Italia, ultimo anno disponibile

Indicatore	**Puglia**	**Italia**
Percentuale di popolazione 25-64 anni con istruzione (2020)		
Senza diploma	48	37
Con diploma	36	42
Con laurea	15	20
Percentuale di popolazione di 18-24 anni che abbandona prematuramente gli studi (2020)	15,6	13,1
Indice di concentrazione dei redditi famigliari (2020)	0,324	0,335
Reddito mediano famigliare (€) (2020)	23.116	26.597
Distribuzione per quintili di reddito (2020)	**Puglia**	**Italia**
Q1	30,5	20,0
Q2	30,5	20,0
Q3	18,7	20,0
Q4	11,0	20,0
Q5	9,3	20,0
Risorse economiche delle famiglie (2021)		
Ottime	1,8	1,5
Adeguate	62,8	66,8
Scarse	31,6	28,2
Assolutamente insufficienti	3,8	3,5

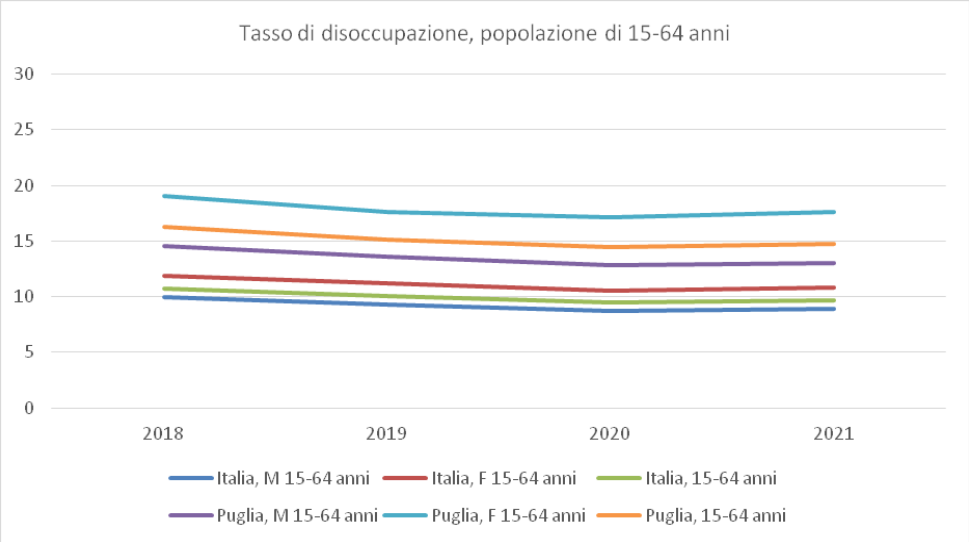
Fonte: ISTAT, https://dati.istat.it

La percentuale di popolazione in età attiva (25-64 anni) con un livello di istruzione universitario è in Puglia del 15% in confronto al dato nazionale del 20%. L'abbandono scolastico in Puglia (15,6%) è più alto rispetto al 13,1% in Italia. In particolare l'abbandono scolastico dei ragazzi è più alto (17% in Puglia vs 15,6% in Italia), così come quello delle ragazze (14,1% in Puglia vs 10,4% in Italia).

In Puglia i redditi famigliari sono leggermente più bassi rispetto ai dati nazionali, dato confermato anche dalla distribuzione per quintile di reddito famigliare. L'Indagine multiscopo sulle famiglie "aspetti della vita quotidiana" ha riportato infatti che il 31,6% delle famiglie ha risorse economiche scarse (vs il 28,2% delle famiglie italiane) e che il 3,8% ha risorse assolutamente insufficienti (vs il 3,5% delle famiglie italiane).

Il tasso di disoccupazione in Puglia per la fascia d'età 15-64 anni è per il 2021 pari al 14,8%, più alto rispetto ai dati nazionali (9,7%), sia per gli uomini che per le donne (figura 1.2.1). In particolare la disoccupazione femminile (17,6% nel 2021) è stata sempre più elevata rispetto agli uomini (13,1% nel 2021), anche se i differenziali sono diminuiti leggermente negli ultimi anni.

Figura 1.2.1 - Tasso di disoccupazione, popolazione di 15-64 anni



Fonte: ISTAT, https://dati.istat.it

Bibliografia e link utili

ISTAT, indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", http://demo.istat.it/

ISTAT https://dati.istat.it

ISTAT, dati Censimento permanente http://dati-censimentipermanenti.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCSS_FAMIGLIE#

Fattori di rischio comportamentali

Le sorveglianze di popolazione PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI d'argento 2016-2019 riportano i dati relativi all'eccesso ponderale nelle diverse fasce d'età interessate. La Puglia mostra un dato peggiore di quello nazionale: il 46,4% degli adulti (18-65 anni) risulta obeso o in sovrappeso (42,3% in Italia). Questa condizione raggiunge invece la percentuale del 64,5% negli ultra 64enni (57,9% in Italia).

I dati riferiti dagli intervistati PASSI relativi a peso e altezza portano a stimare che **in Puglia 5 su 10 adulti di età 18-69 anni siano in eccesso ponderale** (33,9% in sovrappeso e 12,5% obesi – Dati PASSI regione Puglia 2016-2019).

In età adulta, la prevalenza regionale del sovrappeso è leggermente più alta del valore nazionale (31,5% in Italia). Per quanto riguarda gli anziani, si stima che quasi 6 anziani su 10 siano in eccesso ponderale (48,4% in sovrappeso e 16,1% obesi – Dati PASSI D'Argento regione Puglia 2016-2019). La prevalenza regionale di sovrappeso negli anziani è leggermente più alta del valore nazionale (43,6% in Italia), mentre l'obesità è inferiore al valore registrato in Italia, pari a 14,3%.

Nella successiva tabella sono riportati i valori regionali di sovrappeso e obesità nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con il dato nazionale.

Tabella 3.1.1 - Prevalenza di sovrappeso e obesità per classi di età, Puglia e Italia

	Sovrappeso (%)		Obesità (%)		
Fascia di età	valore regionale	valore nazionale	valore regionale	valore nazionale	Fonte
Bambini 6-10 anni	21,6	20,4	10,3	9,4	Okkio alla salute 2019
Adolescenti 11,13,15 anni	19,2	17	4,2	3	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	33,9	31,5	12,5	10,8	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	48,4	43,6	16,1	14,3	PASSI d'Argento 2016-2019

I dati PASSI 2016-2019 portano a concludere che in Italia l'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali: fra le persone in sovrappeso meno della metà ritiene troppo alto il proprio peso corporeo; fra le persone obese c'è maggiore consapevolezza, tuttavia non è trascurabile il numero di persone (più di 1 su 10) che ritiene il proprio peso giusto. Generalmente le donne sono più consapevoli del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce l'adozione di comportamenti alimentari corretti. Bassa, e in riduzione nel tempo, l'attenzione degli operatori sanitari al problema: meno della metà degli intervistati adulti in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre l'attenzione è indirizzata soprattutto alle persone obese, molto meno a quelle in sovrappeso.

Con riferimento **all'abitudine al fumo**, Secondo i dati PASSI d'Argento, nel quadriennio 2016-2019, in Italia la prevalenza di fumatori è del 14% nella fascia 65-74 anni e del 5% dai 75 anni in poi. Fumano di più gli uomini e coloro che dichiarano molte difficoltà economiche.

Nella regione Puglia la prevalenza degli ultra 65enni fumatori è peggiore del dato nazionale (13% in Puglia vs 10% in Italia).

Figura 3.3.4 - Fumatori per regione di residenza. PASSI D'Argento

Fonte: INDAGINE PASSI D'ARGENTO 2016-2019

Nella tabella 3.3.1 sono riassunti i valori regionali dei fumatori nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con le precedenti rilevazioni.

Tabella 3.3.1 - Percentuale di fumatori nelle diverse fasce di età nella Puglia

Fumatori (%)				
Fascia di età	Valore regionale	Valore nazionale	Andamento (confronto vs precedente rilevazione regionale)	Fonte
Adolescenti 11,13,15 anni*	14,2	11,1	ND	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	24	25,3	stabile	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	13	9,8	in calo	PASSI d'Argento 2016-2019

*almeno una sigaretta negli ultimi 30 gg

In relazione alla **sedentarietà**, in Puglia si rileva che tra le persone con 65 anni e più con deambulazione autonoma e che hanno risposto da sole al questionario, circa il 44% è sedentario, un valore superiore rispetto a quello rilevato per il Pool nazionale di Asl (39%). In Italia la sedentarietà aumenta con l'avanzare dell'età, tra le donne e tra coloro che vivono da soli.

Nella tabella sono riassunti i valori regionali dei sedentari nelle diverse fasce di età rilevati dalle ultime indagini ed il confronto con le precedenti rilevazioni.

Tabella 3.6.1 - Percentuale di sedentari nelle diverse fasce di età nella Puglia

Sedentari (%)				
Fascia di età	Valore regionale	Valore nazionale	Andamento (confronto vs precedente rilevazione regionale)	Fonte
Bambini 6-10 anni*	20,3	20,3	in calo	Okkio alla Salute 2019
Adolescenti 11,13,15 anni*	18	16,6	ND	HBSC 2018
Adulti 18-69 anni	46,9	35	stabile	PASSI 2016-2019
Anziani >64 anni	43,9	39,4	in calo	PASSI d'Argento 2016-2019

*il giorno precedente non hanno svolto attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e non hanno giocato all'aperto nel pomeriggio

**non svolgono attività fisica o la fanno al massimo per un'ora a settimana

Fattori di rischio ambientali

Dall'analisi degli indicatori del Benessere Equo e Sostenibile e per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite (Goal Agenda ONU 2030), elaborati a cura dell'Ufficio Statistico della Regione Puglia (legge regionale 31 ottobre 2019, n. 47 "Il benessere equo e sostenibile (BES) a supporto della programmazione finanziaria e di bilancio regionale" si evidenzia che, a livello regionale, le principali criticità sono legate, alla presenza dei siti contaminati, alla qualità dell'aria, al ciclo dei rifiuti, alla scarsa disponibilità di verde urbano, ad un'elevata percezione del rischio connesso alla perdita di biodiversità e ai cambiamenti climatici.

La lettura combinata degli indicatori pubblicati nell'Annuario dei dati ambientali di ISPRA con quelli elaborati da ARPA Puglia sulla base del modello DPSIR dell'Agenzia Europea per l'Ambiente, consente di descrivere i determinanti e le pressioni ambientali sia dal punto di vista dell'andamento temporale che della caratterizzazione geografica, indicando le priorità di intervento ma anche l'efficacia delle azioni intraprese per la protezione dell'ambiente e per la riduzione dell'esposizione della popolazione ai fattori di rischio ambientali.

Rispetto al dato nazionale, la Puglia presenta performance peggiori in termini di percentuale di suolo consumato, in particolare nelle aree meridionali della regione, che è associato alla perdita di biodiversità, con gli impatti conseguenti in termini di qualità ambientale, ma anche in termini di conferimento di rifiuti in discarica e compromissione della qualità dell'aria. La Regione risulta penultima come disponibilità di verde pubblico urbano, che risulta peraltro non equamente distribuito tra i comuni, e quinta per incidenza dei SIN e dei siti di competenza regionale sulla superficie territoriale.

In termini di profilo di salute, l'analisi dei dati provinciali di mortalità per causa dell'ultimo quinquennio disponibile (2014-2018), in termini di rapporti standardizzati, evidenzia nell'area di Foggia eccessi di rischio di morte per malattie dell'apparato cardiocircolatorio, e malattie dell'apparato digerente nel sesso maschile; nell'area Bari-BT un eccesso di rischio di morte per tumore del fegato, in particolare nel sesso maschile; nell'area salentina, un eccesso di rischio per malattie dell'apparato respiratorio, sia neoplastiche che non, e per tumore alla vescica, in entrambi i sessi; in provincia di Taranto eccessi per tumori maligni e malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

Gli aggiornamenti annuali sul quadro epidemiologico condotto nelle aree a rischio di crisi ambientale consentono di esaminare alcune criticità a livello subprovinciale ed evidenziano una compromissione dello stato di salute delle popolazioni residenti, in particolare nei comuni che ospitano i SIN di Taranto e Brindisi, con eccessi di rischio, nel confronto con i valori regionali, di mortalità e ospedalizzazione per diverse sedi tumorali, patologie cardiovascolari e respiratorie, potenzialmente associati ai fattori di rischio ambientali presenti in quelle aree.

Gli studi di coorte residenziali condotti negli ultimi anni nelle aree di Brindisi e Taranto, oltre ad aver evidenziato la presenza di un'associazione tra l'esposizione alle emissioni industriali e diversi esiti sanitari in entrambe le aree, hanno consentito, grazie alla disponibilità di dati individuali di esposizione, di esplorare specifici anche aspetti di equità: nell'ambito del CCM HEA nei Piani regionali di Prevenzione è stato condotto uno studio per valutare: l'effetto indipendente della condizione socio-economica sugli indicatori di salute; la modificazione nell'effetto dell'esposizione alle emissioni industriali in corrispondenza della posizione socio-economica; gli impatti sanitari, in termini di decessi attribuibili all'esposizione, per posizione socio-economica. I risultati hanno evidenziato che, nella città di Taranto, vi è un differenziale nell'esposizione agli inquinanti industriali a sfavore dei soggetti con posizione socio-economica peggiore, che si traduce anche in un maggior impatto sanitario. (Rapporto Istisan 20/21 - Environmental Justice nei siti industriali contaminati: documentare le disuguaglianze e definire gli interventi).

Bassi livelli di istruzione e di disponibilità economica sono anche associati con alcuni dei fattori di rischio individuali che presentano elementi di criticità nella nostra regione, (Fonte: Sorveglianza Passi, epicentro.iss.it), quali attività fisica e mobilità attiva e sovrappeso/obesità, come mostrato .

Stato di salute della popolazione

Mortalità ed ospedalizzazione

Ospedalizzazioni e mortalità per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio)

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 947.254 ricoveri in tutta la regione Puglia con un tasso standardizzato (TS) di 7448 x 100.000 abitanti: il tasso è risultato più alto tra gli uomini rispetto alle donne (8411 vs 6675 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.1].

Tra le cause di ricovero, le più frequenti sono le malattie del sistema circolatorio (con un TS pari a 1562 per 100.000 abitanti), le malattie dell'apparato digerente (con un TS pari a 1139 per 100.000 abitanti), i tumori maligni (con un TS pari a 915 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (con un TS di 870 per 100.000). Tutti e quattro i grandi gruppi di cause sono più frequenti tra gli uomini piuttosto che tra le donne [Figure 2.1.2a e 2.1.2b].

Sempre nel triennio 2018-2020, il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di BAT - 6634 per 100.000 abitanti - mentre quello più alto nella ASL di Foggia - 9959 per 100.000 abitanti. La figura 2.1.3 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL e, a partire dal triennio 2009-2011, con un dato per ASL totalmente allineato con quello regionale. Unica eccezione è rappresentata dall'ASL di Foggia che traccia, per il periodo in analisi (2003-2020), una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia.

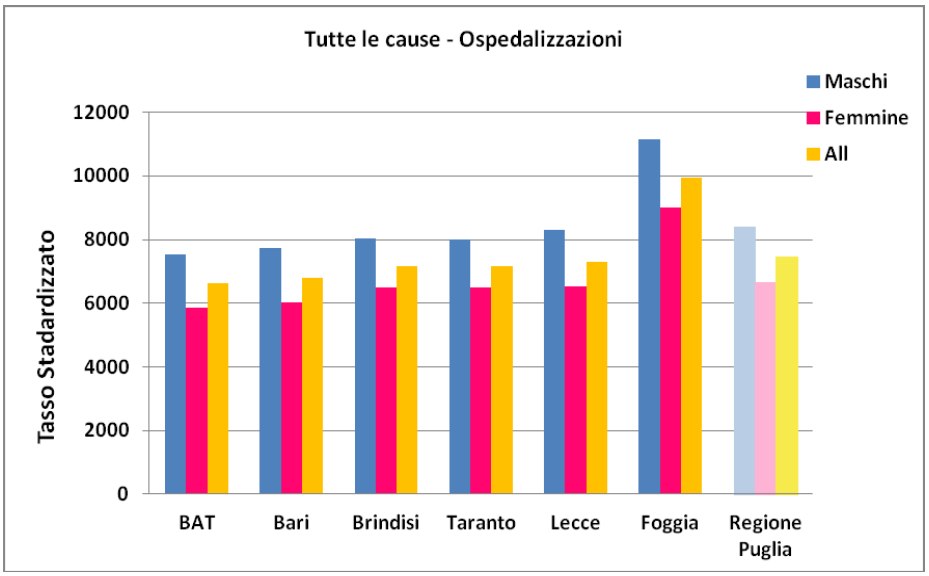
Nel triennio 2016-2018 si sono verificati 117.077 decessi con un tasso di mortalità complessivo pari a 839 per 100.000 abitanti. La mortalità per tutte le cause è significativamente più elevata negli uomini che nelle donne (1007 vs 705 per 100.000 abitanti) e presenta una variabilità geografica con valori più elevati nell'ASL di BAT e più bassa nell'ASL di Bari (871 vs 809 per 100.000 abitanti). La mortalità per tutte le cause si è ridotta nel tempo con tassi che vanno da 1063 per 100.000 abitanti nel triennio 2001-2003 a 839 nell'ultimo triennio analizzato (2016-2018) per l'intera regione.

Tabella 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2018-2020

	Maschi			Femmine			Totale		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	46600	8043	7981;8105	43349	6480	6427;6533	89949	7152	7112;7192
Taranto	68705	8001	7951;8052	63536	6488	6445;6532	132241	7152	7119;7185
BAT	41715	7533	7472;7595	35627	5861	5810; 5913	77342	6634	6594; 6673
Bari	141322	7718	7684;7752	124545	6035	6006;6064	265867	6795	6773;6817
Foggia	100793	11142	11084;11200	91715	8992	8943;9042	192508	9959	9921;9997
Lecce	98633	8294	8250;8338	90714	6542	6505;6580	189347	7304	7275;7332
Regione Puglia	**497768**	**8411**	**8391;8431**	**449486**	**6675**	**6658;6691**	**947254**	**7448**	**7435;7461**

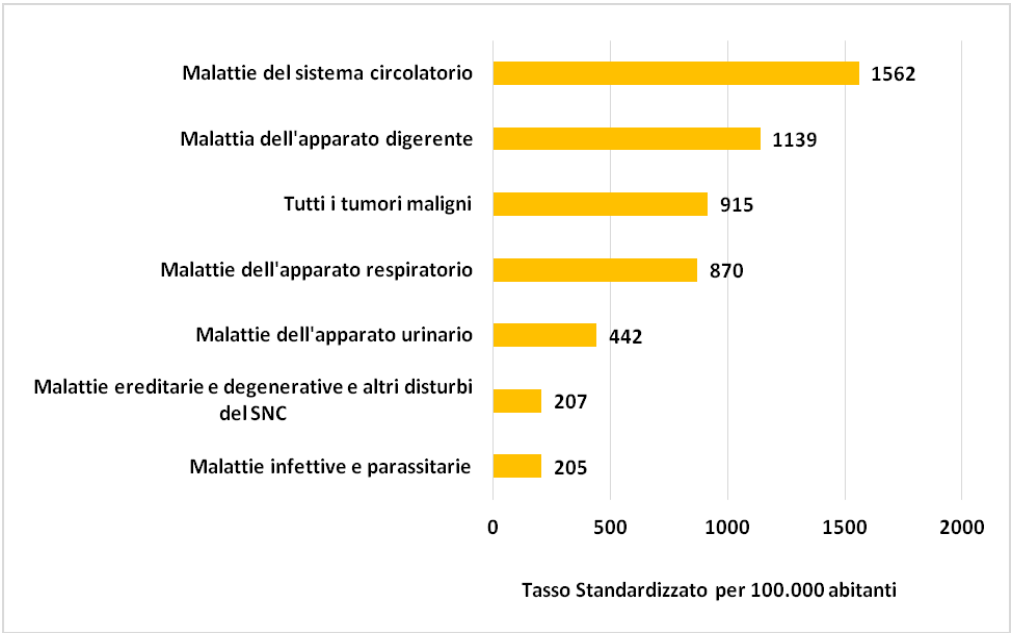
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.1 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause per 100.000 residenti (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL e genere - Triennio 2018-2020



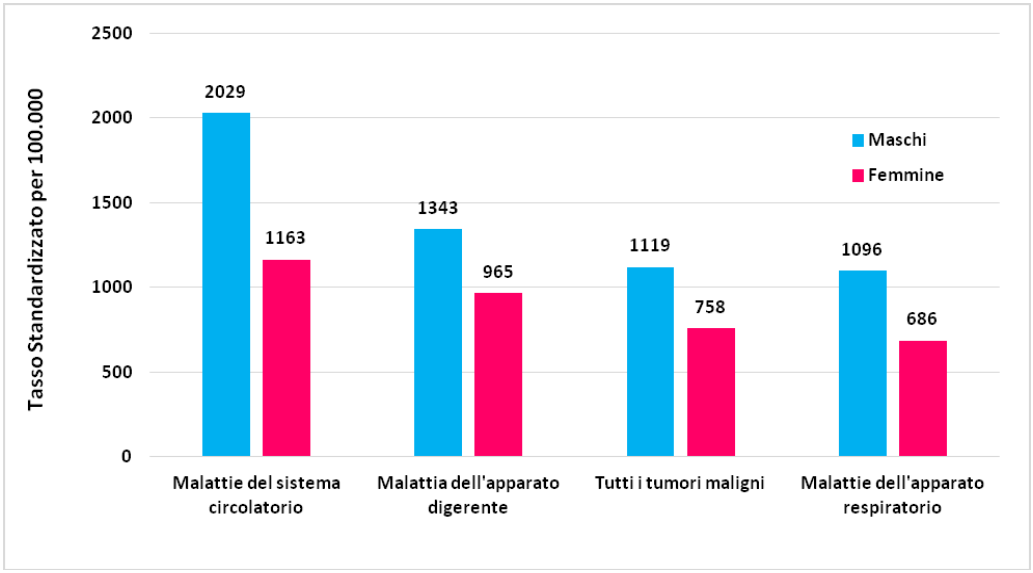
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2a - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per causa specifica di ricovero per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



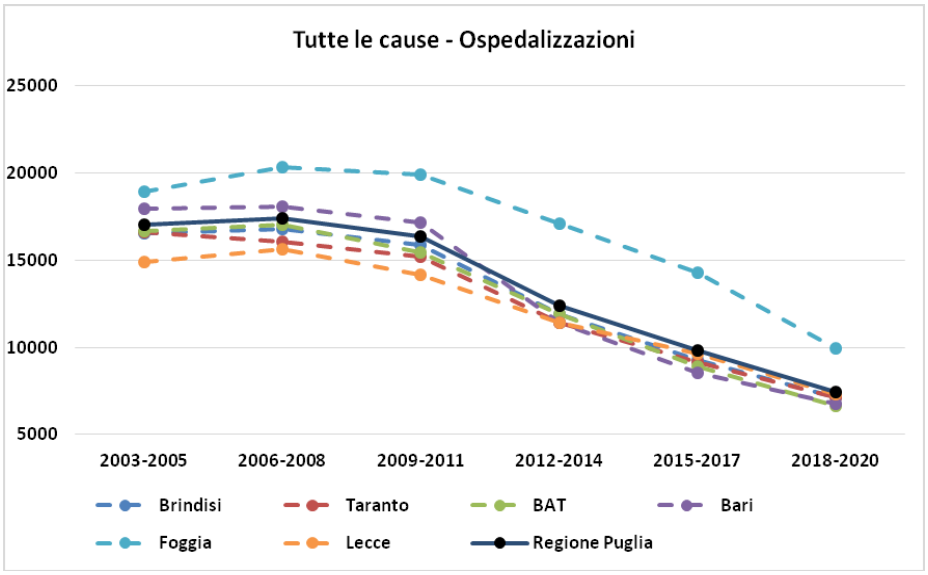
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.2b - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per le prime 4 cause più frequenti di ricovero per genere per 100.000 residenti - Triennio 2017-2019



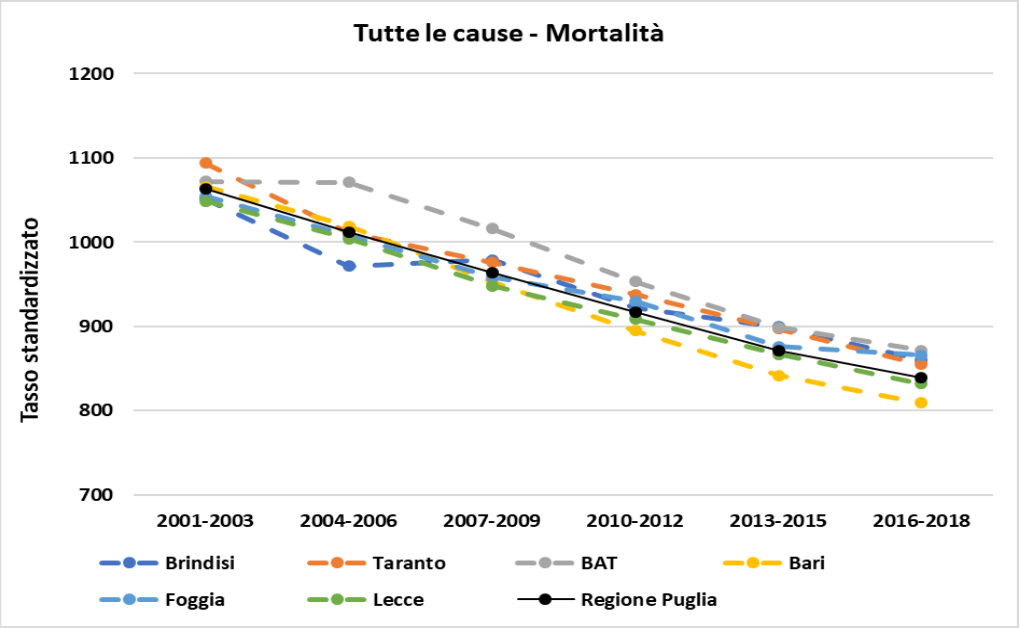
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.3 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.4 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutte le cause (escluse complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio) per ASL



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per tutti i tumori maligni

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 108.419 ricoveri per tumore maligno in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 817 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (993 vs 682 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.2]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di BAT mentre quello più alto nella ASL di Foggia (755 vs 954 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.6 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2003-2008 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL. Complessivamente, per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Foggia presenta una curva nettamente al di sopra all'andamento complessivo mentre l'ASL di Brindisi presenta tassi inferiori ai valori regionali.

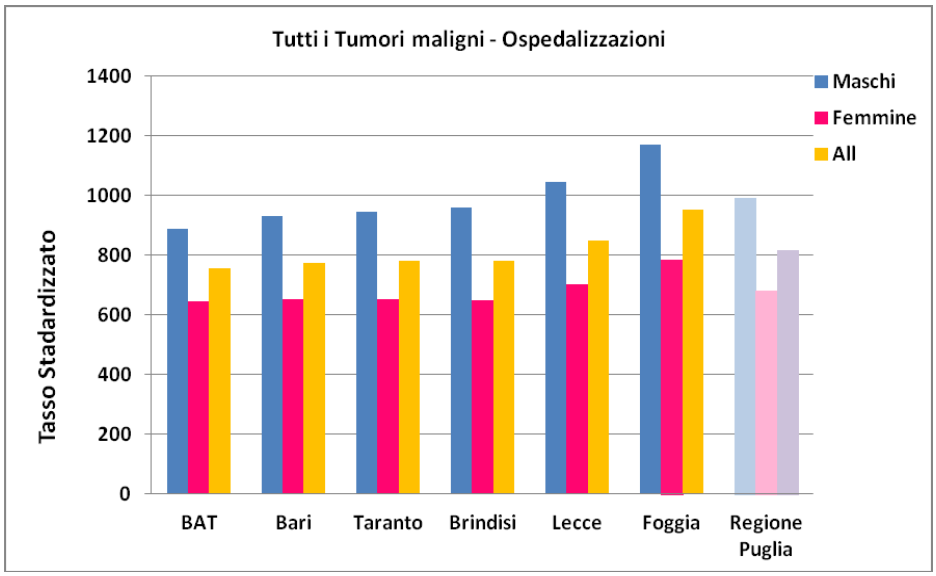
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 31.223 decessi con un TS pari a 232 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini che tra le donne (310 decessi tra gli uomini vs 175 decessi tra le donne ogni 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 271 decessi a 232 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL di Foggia che presenta la mortalità più bassa. [Figura 2.1.7]

Tabella 2.1.2 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020

	Maschi			Femmine			Totale		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	5759	961	940;982	4587	649	633;665	10346	782	769;795
Taranto	8453	948	931;965	6658	653	639;666	15111	781	770;791
BAT	4930	887	866;908	4056	647	631;665	8986	755	742;768
Bari	17504	930	919;942	14086	652	643;661	31590	773	766;781
Foggia	10699	1170	1151;1189	8220	785	771;800	18919	954	943;966
Lecce	13076	1047	1032;1062	10391	702	691;714	23467	848	839;858
Regione Puglia	**60421**	**993**	**986;999**	**47998**	**682**	**677;689**	**108419**	**817**	**813;821**

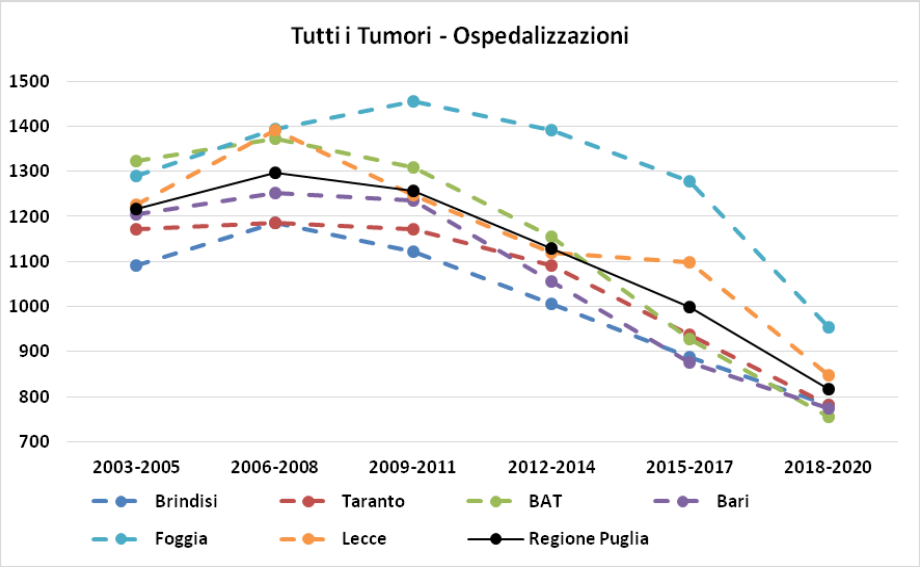
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.5 - Tasso di ospedalizzazione per tutti i tumori maligni per 100.000 residenti per ASL e genere - Triennio 2018-2020



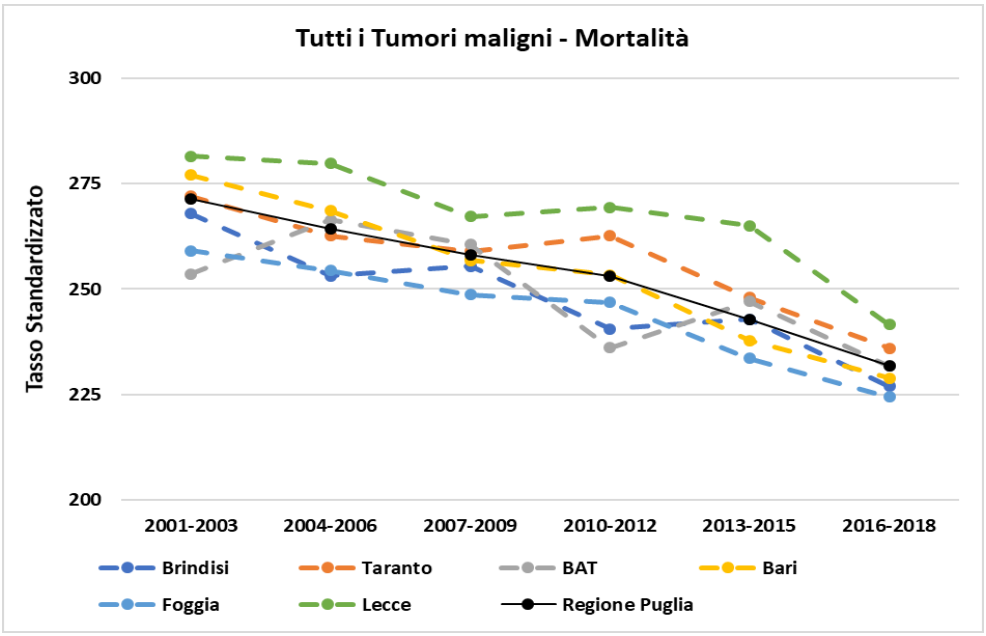
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.6 - Andamento temporale tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.7 - Andamento temporale tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per tutti i tumori maligni



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati circa 11.356 ricoveri per tumore del colon retto in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 84 x 100.000 abitanti con valori più elevati tra gli uomini piuttosto che tra le donne (104 vs 67 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.3]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nelle ASL di Brindisi e BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (72 vs 96 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.9 mostra un incremento del tasso di ospedalizzazione per tumori maligni nel periodo 2003-20 e una successiva riduzione del tasso per il periodo 2009-2020 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL.

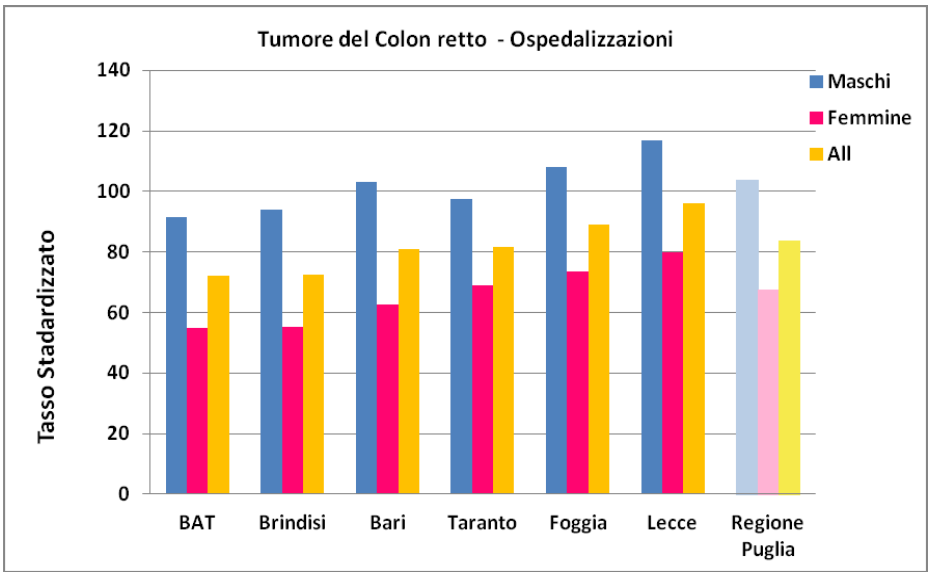
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 3456 decessi con un TS pari a 25: il TS di mortalità risulta più alto tra gli uomini che tra le donne (34 vs 19 per 100.000 abitanti). Inoltre, la mortalità rimane stabile per l'intero periodo di osservazione (2001-2018).

Tabella 2.1.3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020

	Maschi			Femmine			Totale		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	569	94	88;101	415	55	51;60	984	72	69;76
Taranto	875	98	92;103	743	69	65;73	1618	82	78;85
BAT	507	92	85;99	353	55	50;60	860	72	68;76
Bari	1934	103	99;107	1412	63	60;66	3346	81	78;83
Foggia	995	108	103;114	816	74	69;78	1811	89	86;93
Lecce	1475	117	112;122	1262	80	76;84	2737	96	93;99
Regione Puglia	**6355**	**104**	**102;106**	**5001**	**67**	**66;69**	**11356**	**84**	**82;85**

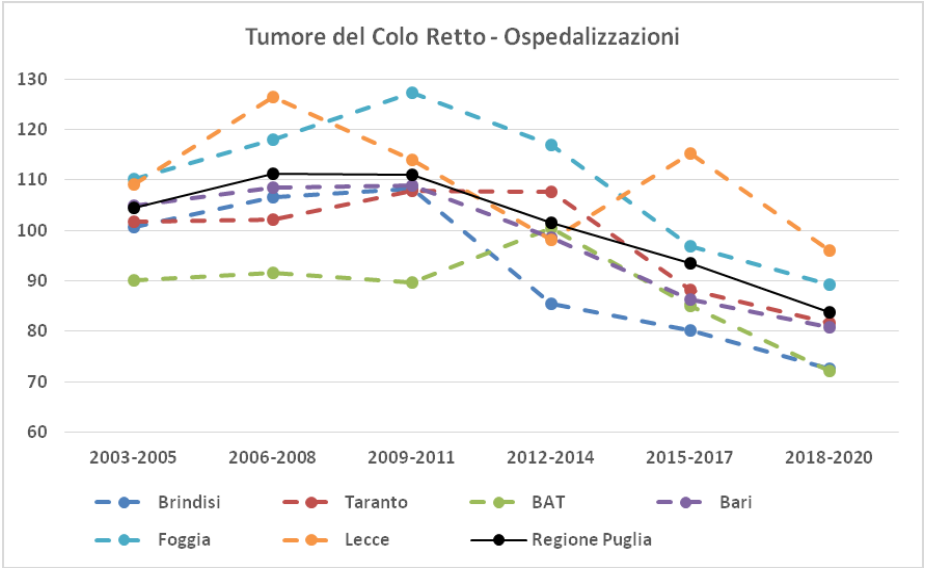
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.8 - Tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto per ASL e genere - Triennio 2018-2020



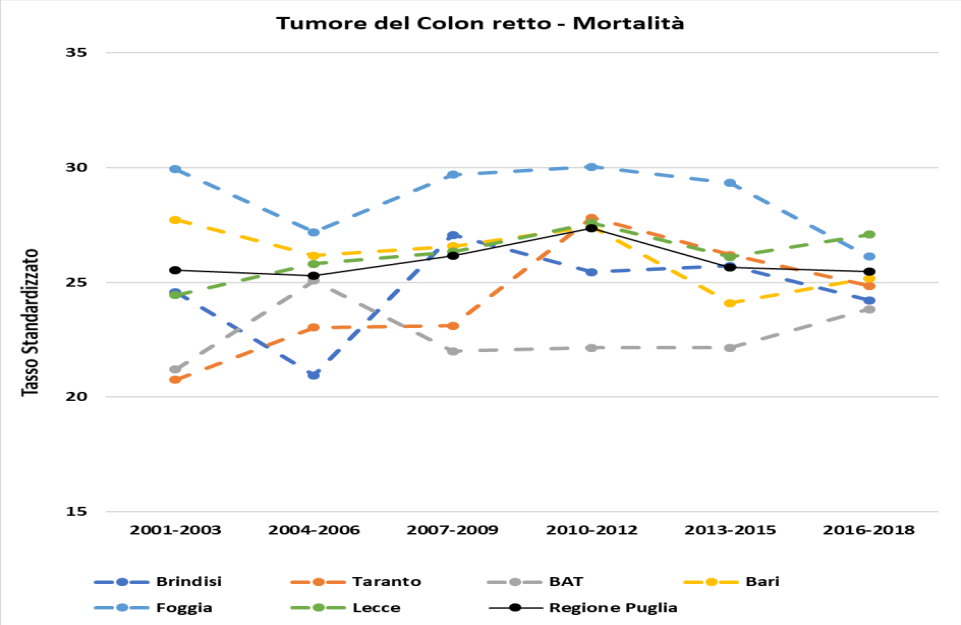
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.9 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.10 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del colon retto



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del polmone

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 8293 ricoveri per tumore del polmone in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 62 x 100.000 abitanti con differenze significative per genere: il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (101 vs 29 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.4]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL BAT mentre quello più alto nella ASL di Lecce (45 vs 75 per 100.000 abitanti) con una variabilità che riguarda sia le donne (21 vs 34 per 100.000 abitanti) che gli uomini (73 vs 128 per 100.000 abitanti).

La figura 2.1.12 mostra una riduzione del tasso di ospedalizzazione del tumore del polmone a partire dal triennio 2009-2011 sia per l'intera regione Puglia sia per le singole ASL ad eccezione dell'ASL di Foggia dove il tasso oscilla mantenendosi sostanzialmente costante. Per l'intero periodo di osservazione, l'ASL di Lecce presenta una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'ASL BAT presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi con una variabilità tra ASL che rimane tutto sommato costante per il periodo analizzato.

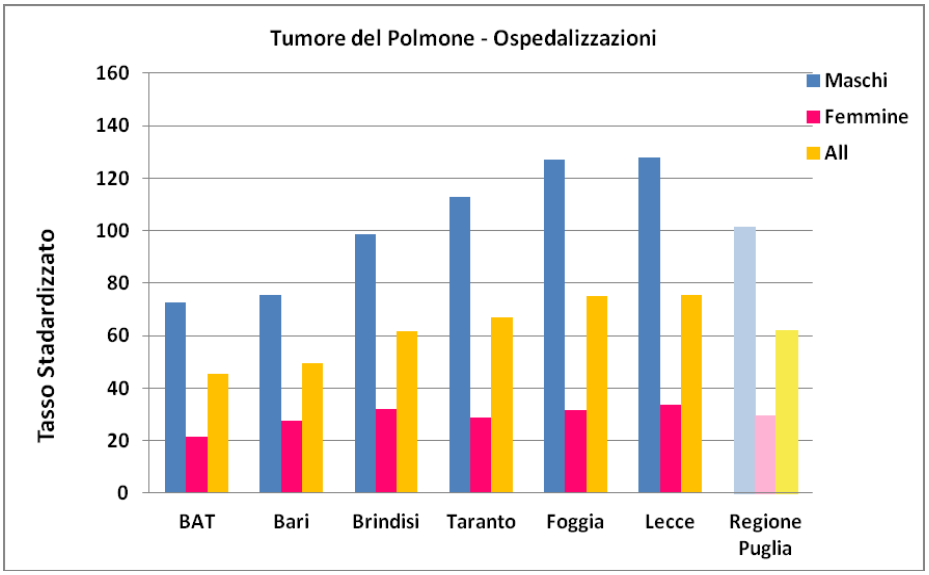
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 5519 decessi con un TS di mortalità pari a 41 per 100.000 (16 per le donne e 74 per gli uomini). Per il periodo osservato (2001-2018), in Puglia la mortalità si è ridotta passando da 52 decessi a 40 decessi ogni 100.000 abitanti con l'ASL di Lecce che presenta i tassi più elevati e l'ASL BAT, che, a partire dal triennio 2010-2012, presenta la mortalità più bassa. [Figura 2.1.13]

Tabella 2.1.4 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020

	Maschi			Femmine			Totale		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	598	99	92;105	225	32	28;36	823	62	58;65
Taranto	1018	113	107;119	297	29	26;32	1315	67	4;70
BAT	402	73	67;79	133	21	18;25	535	45	42;49
Bari	1418	75	72;79	595	27	26;29	2013	49	48;51
Foggia	1162	127	121;133	334	32	29;35	1496	75	72;78
Lecce	1614	128	123;133	497	34	31; 36	2111	75	73;78
Regione Puglia	**6212**	**101**	**99;104**	**2081**	**29**	**28;31**	**8293**	**62**	**61;63**

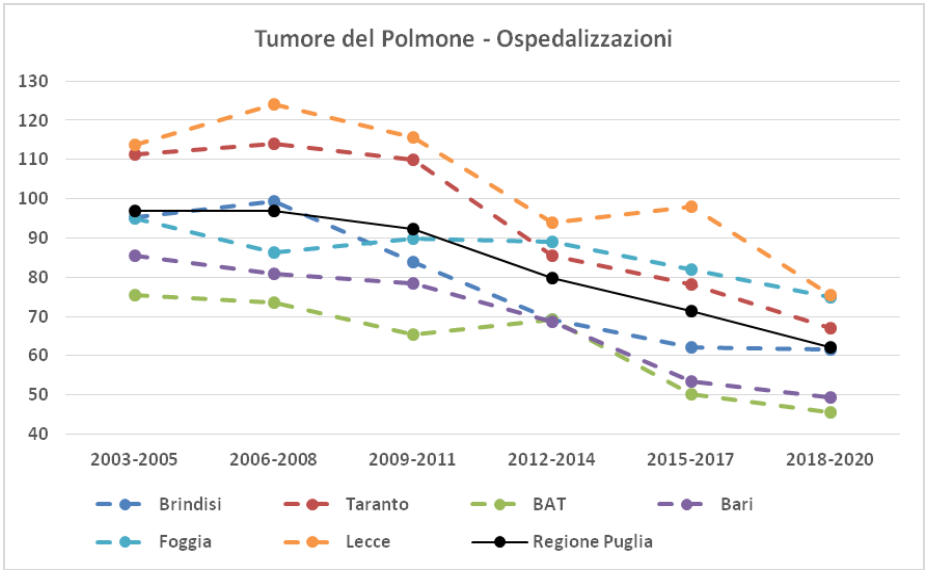
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.11 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone per ASL e genere - Triennio 2018-2020



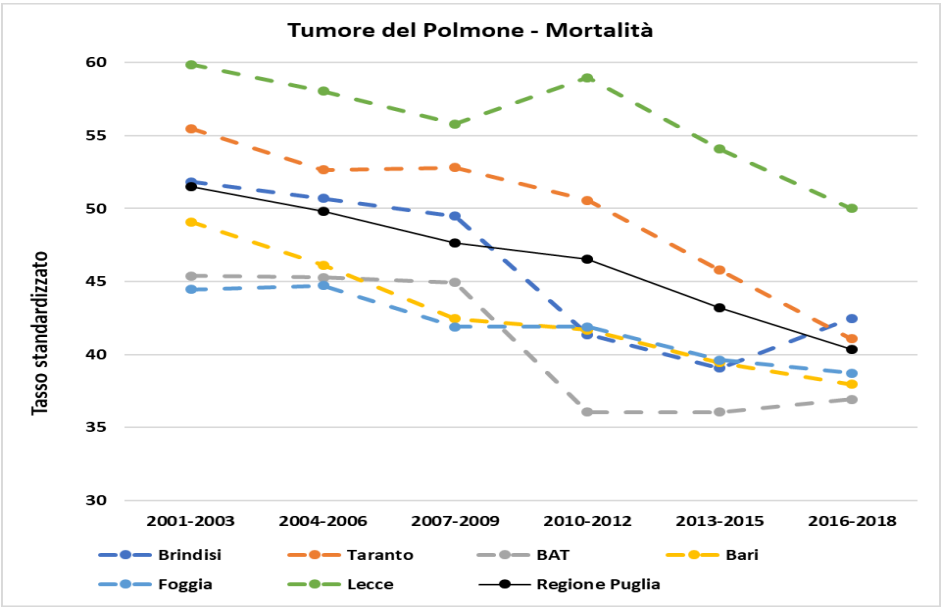
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.12 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del polmone



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.13 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del polmone



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore della mammella

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 11.540 ricoveri per tumore della mammella in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 167 x 100.000 donne. [Tabella 2.1.5]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL di Bari mentre quello più alto nella ASL di Lecce (153 vs 186 per 100.000 abitanti). Per il periodo osservato (2003-2020), nella regione Puglia il tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella ha un andamento tutto sommato stabile mentre nelle singole ASL si riscontra una variabilità più importante nel tempo con tassi di ospedalizzazione che oscillano e che si differenziano dal valore regionale a seconda del triennio considerato. [Figura 2.1.15]

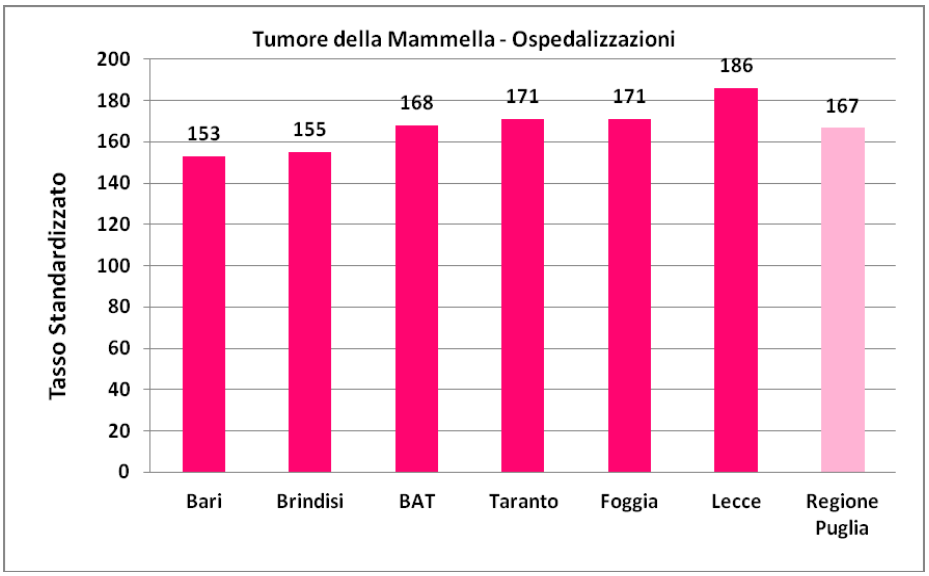
Nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 2498 decessi con un TS di mortalità pari a 33 per 100.000 donne con una mortalità che è rimasta stabile per tutto il periodo osservato (2001-2018). [Figura 2.1.16]

Tabella 2.1.5 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020

	Femmine		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	1071	155	147; 163
Taranto	1717	171	164;178
BAT	1056	168	160;177
Bari	3274	153	149;157
Foggia	1747	171	164;178
Lecce	2675	186	180;192
Regione Puglia	**11540**	**167**	**164;169**

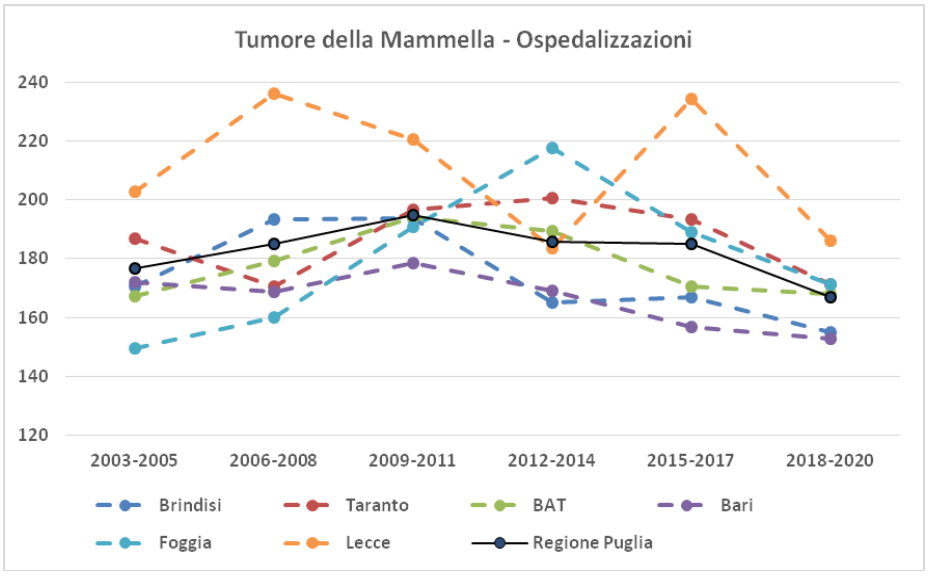
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.14 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella nelle donne per ASL - Triennio 2018-2020



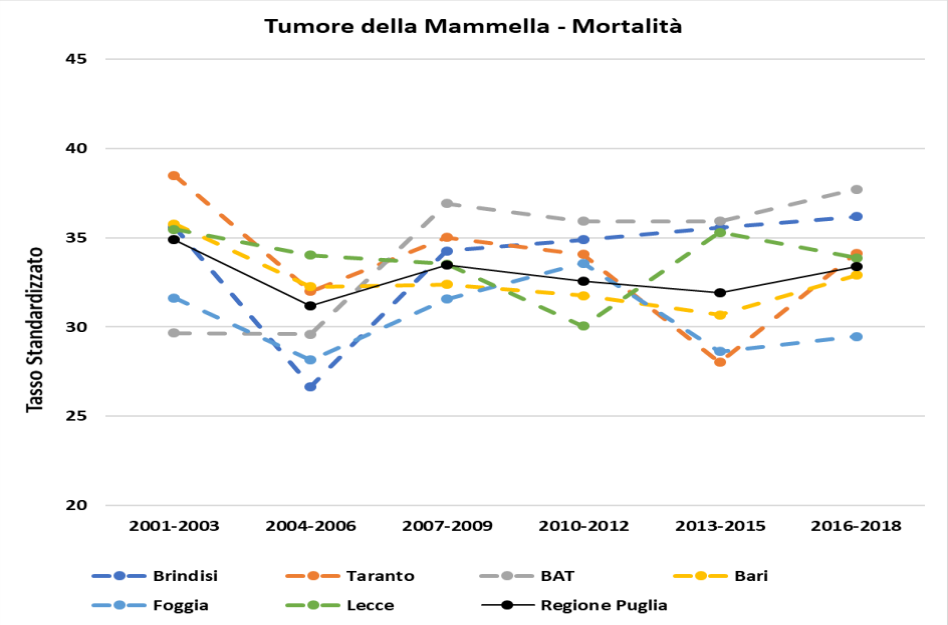
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.15 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore della mammella



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.16 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore della mammella



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ospedalizzazioni e mortalità per il tumore del fegato

Nel triennio 2018-2020 si sono verificati 3158 ricoveri per tumore del fegato in tutta la regione Puglia, pari a un TS di 23 casi x 100.000 abitanti. Il tasso di ospedalizzazione tra gli uomini risulta essere circa 4 volte quello delle donne (39 vs 23 per 100.000 abitanti). [Tabella 2.1.6]. Il tasso di ricoveri più basso è stato riscontrato nell'ASL Lecce mentre quello più alto nella ASL di Foggia (19 vs 27 per 100.000 abitanti). La figura 2.1.18 mostra una riduzione nel tempo del tasso di ospedalizzazione del tumore del fegato. Per l'intero periodo, l'ASL di Brindisi presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi mentre l'ASL BAT quelli più alti: le differenze tra le ASL si riducono nel tempo con valori che convergono verso il valore regionale.

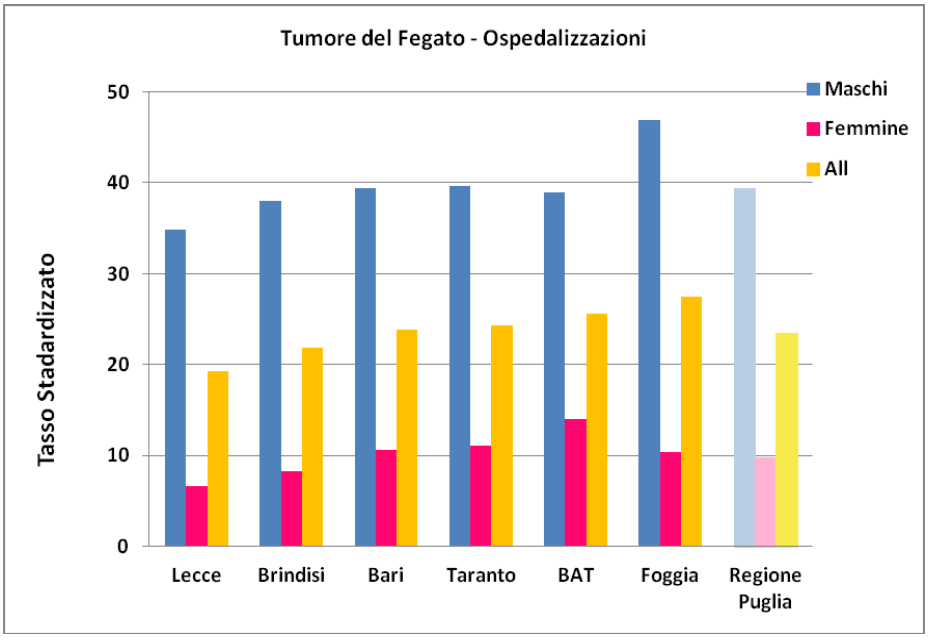
Per quanto riguarda la mortalità, nell'intera regione Puglia, nel triennio 2016-2018, si sono registrati 1811 decessi con un TS di mortalità pari a 14 per 100.000 abitanti, più alto tra gli uomini rispetto alle donne (21 vs 8 per 100.00 abitanti). In Puglia la mortalità si è ridotta passando da 22 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2001-2003 a 14 decessi ogni 100.000 abitanti nel triennio 2016-2018. Lo stesso trend si registra in tutte le ASL con una riduzione più marcata nell'ASL BAT. [Figura 2.1.19]

Tabella 2.1.6 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020

	Maschi			Femmine			Totale		
Asl	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**	**N**	**Tasso**	**IC 95%**
Brindisi	229	38	34;43	64	8	7;10	293	22	20;24
Taranto	358	40	36;43	119	11	9;13	477	24	23;26
BAT	219	39	35;44	90	14	12;17	309	26	23;28
Bari	747	39	37;42	236	11	9;12	983	24	1
Foggia	433	47	43;51	114	10	9;12	547	27	26;29
Lecce	439	35	32;38	110	7	6;8	549	19	18;21
Regione Puglia	**2425**	**39**	**38;41**	**733**	**10**	**9;10**	**3158**	**23**	**23;24**

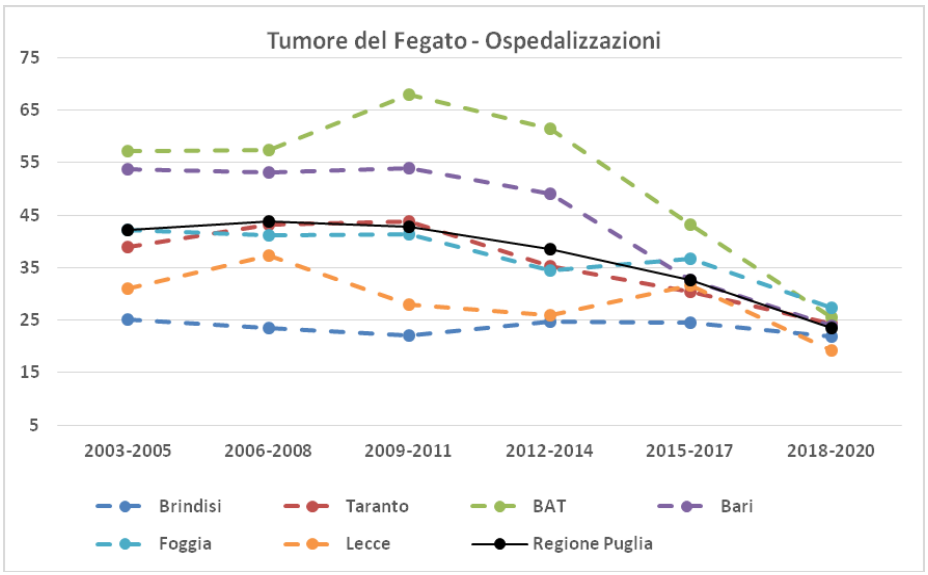
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.17 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato per ASL e genere - Triennio 2018-2020



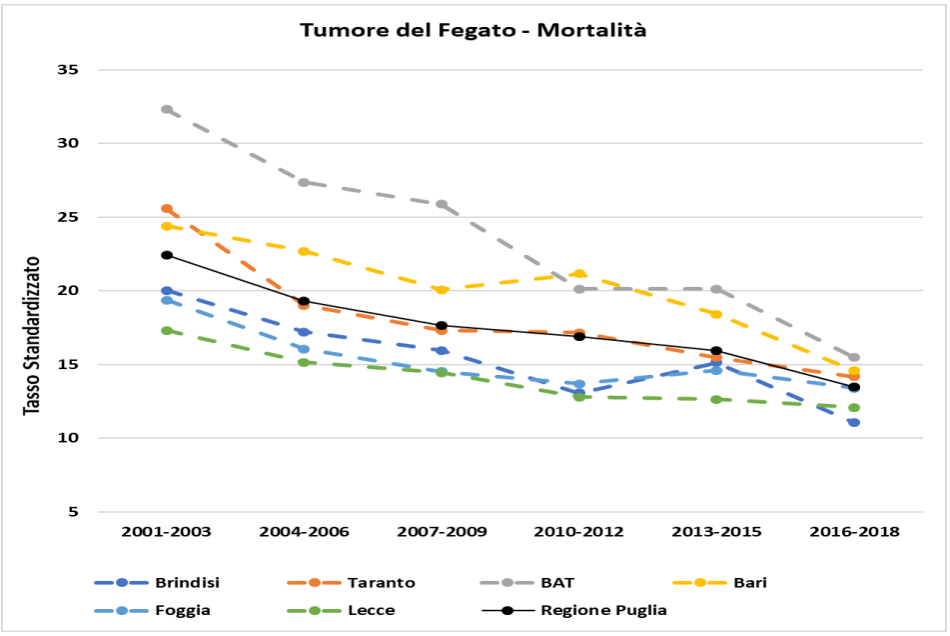
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.18 - Andamento temporale del tasso standardizzato di ospedalizzazione per 100.000 residenti per il tumore del fegato



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.1.19 - Andamento temporale del tasso standardizzato di mortalità per 100.000 residenti per il tumore del fegato



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

2.2 Malattie Croniche

Introduzione

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

Si tratta in genere di pazienti anziani, spesso affetti da più patologie (comorbidità o multimorbidità), alle cui esigenze assistenziali sanitarie si sommano anche quelle di natura sociali: status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc…

Il Global Burden of Disease (GBD) 2019 ha confermato che le malattie croniche (Malattie Croniche Non Trasmissibili – MCNT) in generale rappresentano la più frequente causa di morte nei Paesi ad alto e medio reddito. In Italia la prevalenza di patologie croniche ammonta a oltre 95.551 casi per 100.000 residenti per entrambi i generi e per tutte le fasce d'età, con valori più elevati tra le donne rispetto agli uomini (97.448 vs 93.550) e per fasce d'età più elevate.

Le MCNT rendono conto di oltre il 93% di tutte le cause di morte e, di queste, oltre il 40% sono attribuibili a fattori di rischio comportamentali. La cronicità in Italia è inoltre responsabile di oltre il 90% degli anni di vita persi per disabilità o morte prematura - DALYs (Disability-Adjusted Life Years) di cui circa il 44% è attribuibile a fattori di rischio comportamentali. Agire sulla riduzione dei fattori di rischio comportamentali, che rappresentano determinanti della salute modificabili, si conferma una priorità di sanità pubblica.

La sorveglianza Passi ha evidenziato come, nel quadriennio 2016-2019, al 18.2% della popolazione italiana intervistata fra 18 e 69 anni e al 61% degli ultra64enni il medico ha diagnosticato una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

In Puglia, la percentuale di soggetti con almeno una cronicità è più bassa rispetto a quella nazionale (9.9% vs 18.4%) nella fascia 18-69 anni mentre risulta del tutto confrontabile nella fascia degli ultra64enni (58.8% vs 59.4) [Tabella 2.2.1]. Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 64 anni, sono il diabete (4%), le malattie respiratorie croniche (3%) e le cardiopatie (3%). Tra gli ultra 64enni le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le malattie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%), e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%) [Figura 2.2.1].

La condizione di cronicità risulta essere più frequente tra i soggetti più anziani (49.9% nella fascia 65-74 anni vs 74.8 nella fascia ultra85enni), tra le persone meno istruite (68.3% tra i soggetti con nessuna istruzione o licenza elementare vs 47.6% tra i soggetti laureati) e tra le quelle con maggiori difficoltà economiche (54.9% tra i soggetti senza difficoltà vs 73.6% tra quelli con molte difficoltà economiche) [Tabella 2.2.2].

Tabella 2.2.1 – Cronicità nella popolazione generale: confronto Puglia vs Italia – Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento (periodo 2020-2021).

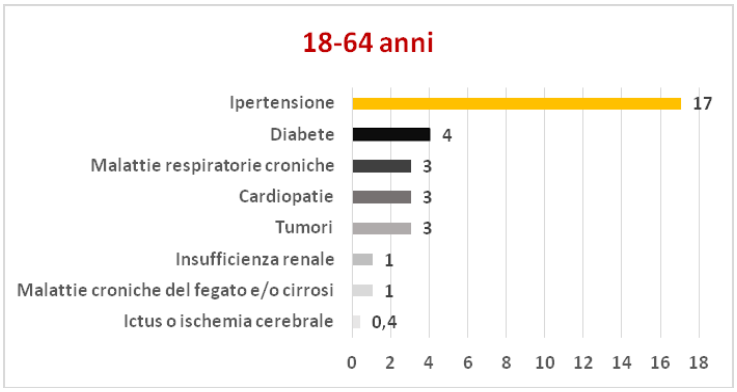
PASSI	18-64 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	90.1	89.2	90.9	81.6	81.1	82.1
Persone con almeno 1 patologie cronica*	9.9	9.1	10.8	18.4	17.9	18.9
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	1.9	1.5	2.3	4.2	4.0	4.5

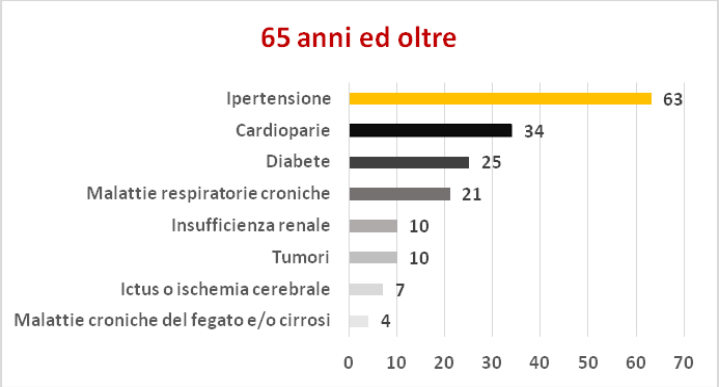
PASSI d'Argento	≥ 65 anni					
	Puglia			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Persone senza patologie croniche*	41.2	35.0	47.7	40.6	39.3	41.9
Persone con almeno 1 patologie cronica*	58.8	52.3	65.0	59.4	58.1	60.7
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)*	27.2	22.6	32.4	24.5	23.4	25.6

Fonte: https://www.epicentro.iss.it/passi

*insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Figura 2.2.1 – Patologie croniche più frequenti in accordo all'età: regione Puglia - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – (%).





Fonte: https://www.epicentro.iss.it/passi

Tabella 2.2.2 –Presenza di almeno una cronicità in accordo alle caratteristiche socio-demografiche nella popolazione italiana - Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento – Periodo 2020-2021.

18-64 anni				
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	18-34	7.4	6.7	8.1
	35-49	12.9	12.1	13.7
	50-69	29.5	28.5	30.4
Sesso	uomini	18.7	18.0	19.5
	donne	18.3	17.4	18.8
Istruzione	nessuna/ elementare	37.0	33.5	40.6
	media inferiore	23.9	22.8	25.0
	media superiore	16.0	15.3	16.7
	laurea	14.4	13.4	15.4
Difficoltà economiche	molte	27.9	25.7	30.2
	qualche	19.9	19.0	20.9
	nessuna	16.3	15.7	17.0
Cittadinanza	italiana	18.5	18.0	19.0
	straniera	15.9	13.8	18.1
Macro area di residenza	nord	20.9	20.0	21.9
	centro	18.0	17.1	18.9
	sud e isole	16.7	16.0	17.5

>= 65 anni				
		Italia		
		%	IC95% inf	IC95% sup
Età	65-74	49.9	47.7	52.2
	75-84	66.2	64.4	67.9
	85 o più	74.8	72.6	76.8
Sesso	uomini	60.4	58.4	62.4
	donne	58.6	56.9	60.3
Istruzione	nessuna / elementare	68.3	66.4	70.1
	media inferiore	57.3	55.1	59.5
	media superiore	51.9	48.0	54.9
	laurea	47.6	44.0	51.2
Difficoltà economiche	molte	73.6	68.6	78.1
	qualche	65.5	63.1	67.1
	nessuna	54.9	53.3	56.4
Vivere soli	no	58.8	57.5	60.2
	sì	61.5	58.2	64.5
Macro area di residenza	nord	56.9	55.1	58.8
	centro	59.0	57.3	60.7
	sud e isole	61.5	58.9	63.9

Fonte: https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/croniche

https://www.epicentro.iss.it/passi-argento

Focus sulle patologie croniche

Di seguito sono illustrati i tassi standardizzati diretti per diversi livelli di aggregazione territoriale relativamente alle seguenti patologie:

Diabete

Ipertensione

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco.

Per l'identificazione degli assistiti con una delle 4 patologie di interesse sono stati ridefiniti gli algoritmi ritenuti più opportuni sulla base delle ormai numerose esperienze condotte sui data base della Regione Puglia (in particolare nello sviluppo, definizione e validazione dell'Indice di esposizione ai farmaci - DDCI – DrugDerivedComplexity Index).

Diabete

Il diabete è una malattia cronica con impatto elevato per il sistema sanitario e destinato a crescere negli anni futuri. Si tratta di un trend coerente con quello che si osserva in tutto il mondo soprattutto nei Paesi sviluppati e legato strettamente all'invecchiamento della popolazione e allo stile di vita.

Relativamente all'anno 2019, tra i soggetti ultra40enni, la prevalenza del diabete per la regione Puglia è risultata pari a 114 casi per 1000 assistiti, più alta tra gli uomini rispetto alle donne (127 vs 102 – tasso standardizzato per 1000 assistiti) [Tabella 2.2.3]. La prevalenza del diabete aumenta con l'età: tra gli uomini, si passa da 48 casi per 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 254 casi per 1000 assistiti nella fascia 70-79 per poi diminuire leggermente negli ultra85enni) [Figura 2.2.3].

L'analisi per asl di residenza mette in luce come, nel 2019, vi sia una variabilità nei tassi di prevalenza: l'asl di Lecce fa registrare una prevalenza più bassa di quella regionale ($103^0/_{00}$) mentre l'asl di Foggia presenta un tasso superiore ($122^0/_{00}$).

Dall'analisi dell'andamento temporale della patologia, si evince una crescita della prevalenza dal 2006 al 2011 mentre a partire dal 2012 il valore rimane costante e si attesta intorno a quello dell'anno 2019. Ciascuna asl ripercorre nel tempo lo stesso andamento temporale della regione Puglia confermando la variabilità tra le asl stesse: per tutto il periodo osservato, la curva relativa all'asl di Lecce rimane al di sotto di quella regionale mentre per l'asl di Foggia si registrano valori al di sopra del dato regionale [Figura 2.2.4].

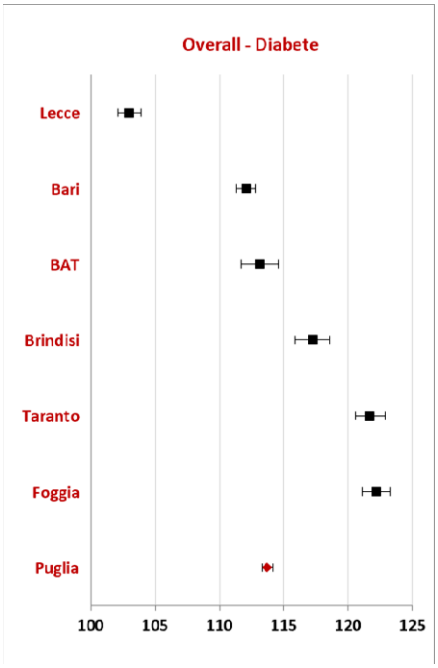
Tabella 2.2.3 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

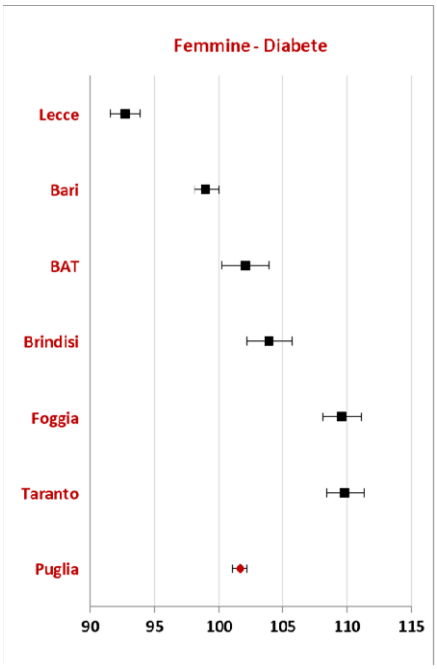
	Totale			Femmine			Maschi		
ASL	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	28564	117.3	115.9; 118.6	14082	103.9	102.2; 105.7	14482	132.4	130.3; 134.6
Taranto	44686	121.7	120.6; 122.9	22083	109.8	108.4; 111.3	22603	135.2	133.4; 136.9
BAT	24627	113.1	111.7; 114.6	11834	102.1	100.2; 103.9	12793	125.0	122.9; 127.2
Bari	87378	112.1	111.3; 112.8	41989	99.0	98.1; 100.0	45389	126.7	125.6; 127.9
Foggia	45110	122.2	121.1; 123.3	22159	109.6	108.1; 111.1	22951	135.9	134.2; 137.7
Lecce	54129	103.0	102.1; 103.9	27490	92.7	91.6; 93.9	26639	114.5	113.1; 115.9
Regione Puglia	**284494**	**113.7**	**113.3; 114.2**	**139637**	**101.7**	**101.1; 102.2**	**144857**	**127.2**	**126.6; 127.9**

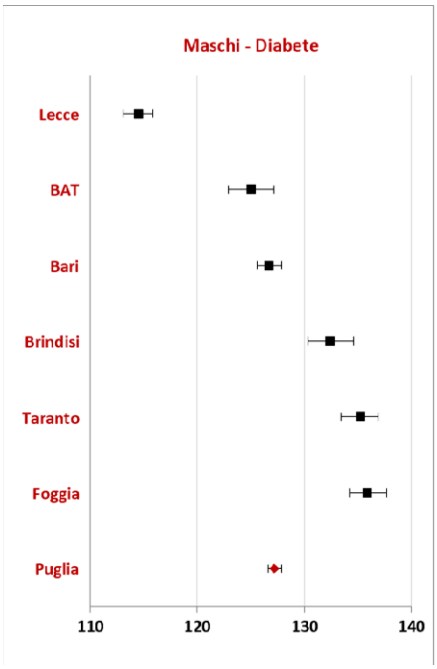
Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.2 - Tasso di prevalenza standardizzato del diabete per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

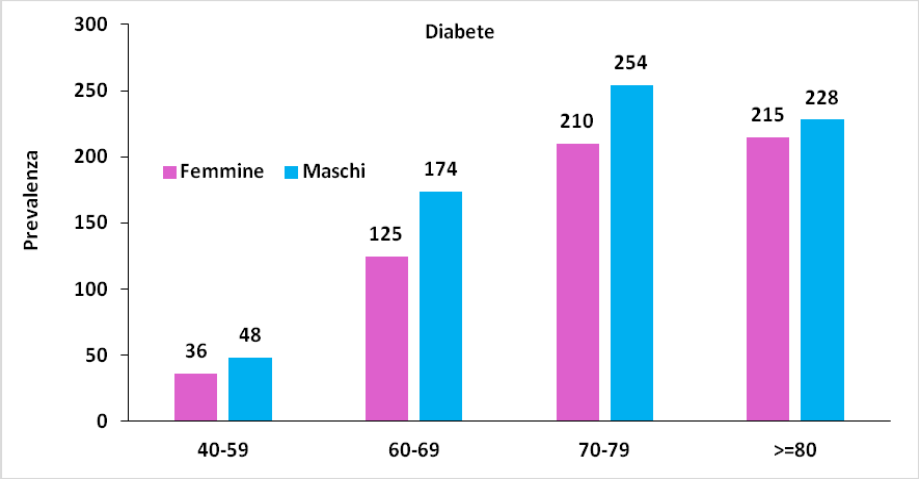






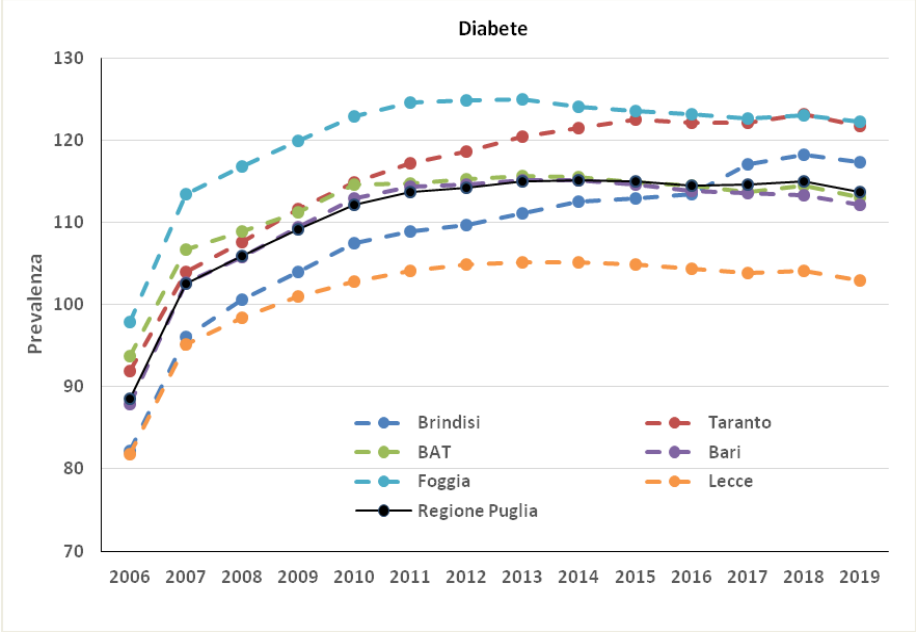
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.3 - Prevalenza del diabete per età e genere – Regione Puglia - anno 2019- tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.4 – Andamento temporale della prevalenza di diabete per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa, che costituisce non solo una condizione patologica di per sé, ma anche uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, risulta essere una condizione cronica ad elevata prevalenza.

Nel 2019, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 414 casi ogni 1000 assistiti con valori diversi nei due sessi (408 tra le donne e 419 tra gli uomini ogni 1000 assistiti).

L'asl di Taranto registra la prevalenza più alta (447$^{0}/_{00}$) mentre l'asl di BAT quella più bassa (397$^{0}/_{00}$) [Tabella 2.2.4]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.7 che mostra come l'ASL di Taranto traccia una curva temporale al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl BAT registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra dal 2006 al 2010 raggiungendo un livello che si mantiene costante per il resto del periodo di osservazione.

La figura 2.2.6 mostra un approfondimento della prevalenza di ipertensione nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 177 e 209 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 817 e 765 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

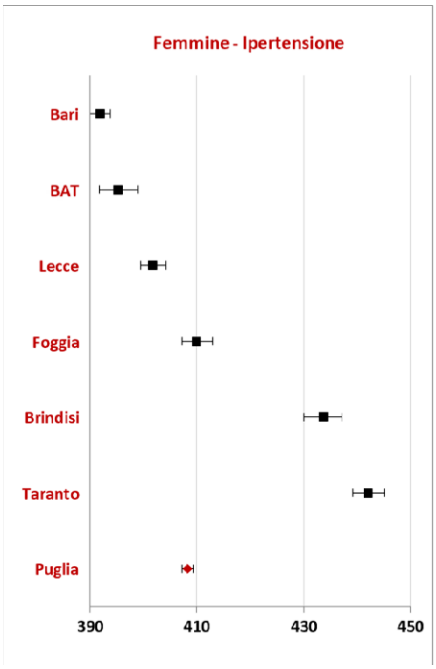
Tabella 2.2.4 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

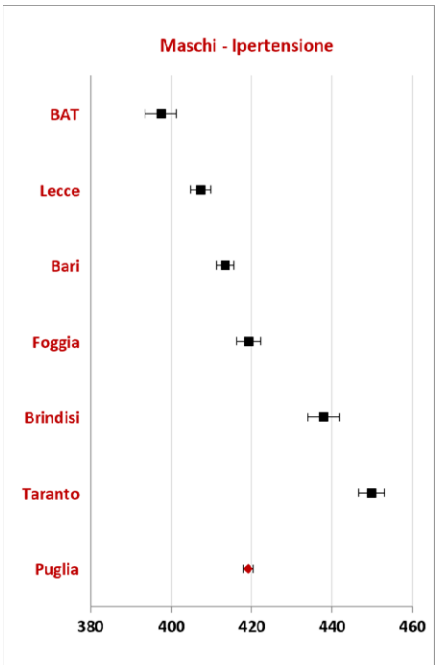
	Totale			Femmine			Maschi		
ASL	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	106145	436.4	433.8; 439.1	58334	433.6	430.1; 437.2	47811	437.9	434; 441.9
Taranto	163416	446.6	444.5; 448.8	88157	442.1	439.2; 445.1	75259	449.9	446.7; 453.1
BAT	86952	397.1	394.4; 399.7	46031	395.3	391.7; 399	40921	397.4	393.6; 401.3
Bari	315636	402.9	401.5; 404.3	166516	391.9	390; 393.8	149120	413.5	411.4; 415.6
Foggia	153911	415.3	413.2; 417.4	82773	410.0	407.2; 412.9	71138	419.3	416.2; 422.4
Lecce	212247	405.5	403.7; 407.2	117341	401.8	399.5; 404.2	94906	407.4	404.8; 410
Regione Puglia	**1038307**	**414.3**	**413.5; 415.1**	**559152**	**408.3**	**407.2; 409.4**	**479155**	**419.2**	**418; 420.4**

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

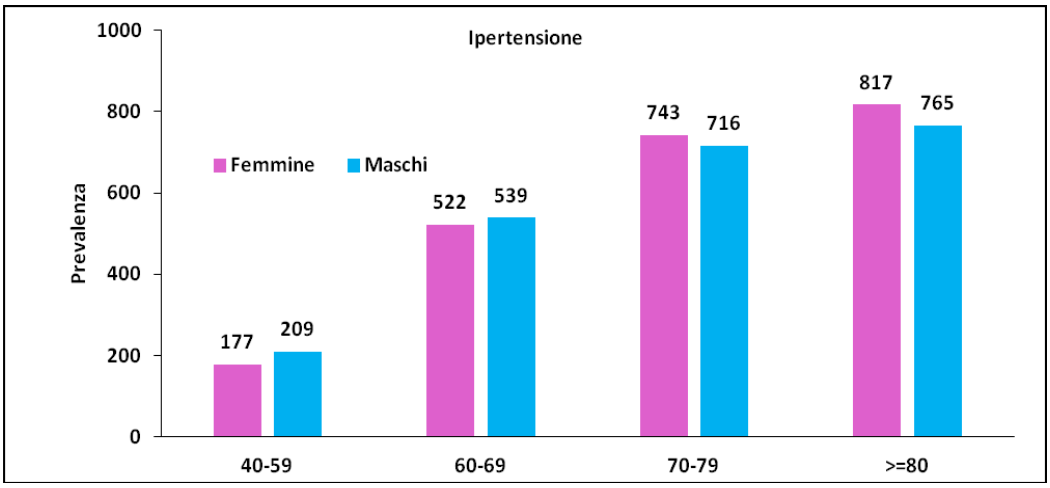
Figura 2.2.5 - Tasso di prevalenza standardizzato di ipertensione per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019





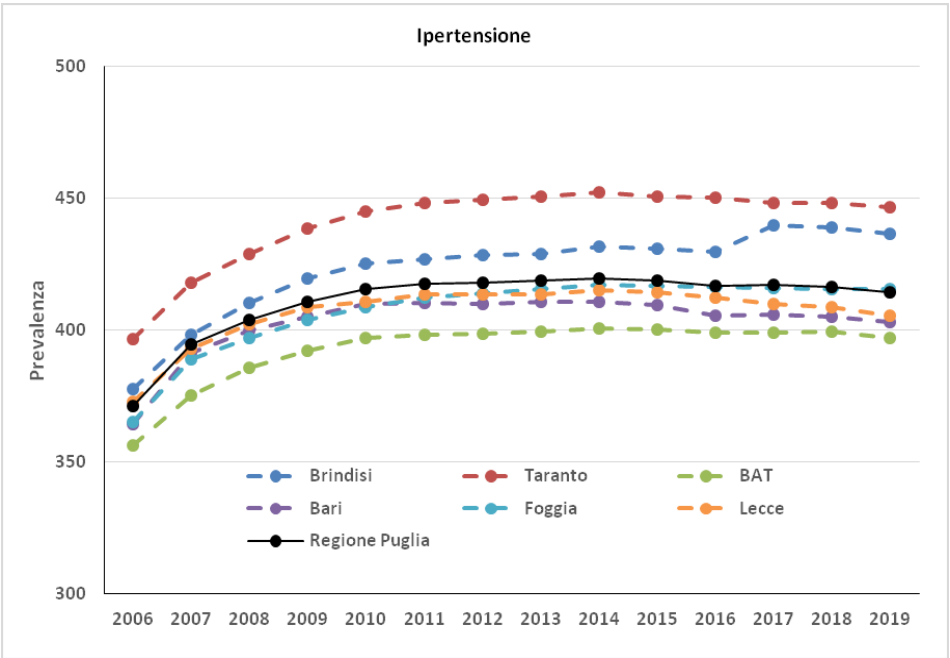
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.6 - Prevalenza dell'ipertensione per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.7 – Andamento temporale della prevalenza dell'ipertensione per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

BPCO/Asma con e senza insufficienza respiratoria

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia infiammatoria progressiva delle vie aeree con forte impatto sui costi sociali e sanitari sia per la alta prevalenza (circa 20% nella classe di età 65+ anni) sia per le conseguenze invalidanti legate all'insufficienza respiratoria e lo scompenso cardiaco che caratterizzano gli stadi gravi.

Nel 2019, in Puglia, tra gli over40anni, si registra una prevalenza di BPCO pari a 64 casi ogni 1000 persone (tasso standardizzato). Complessivamente la prevalenza di BPCO è più alta tra gli uomini (73 casi ogni 1000 persone) che tra le donne (58 casi ogni 1000 persone) con un rapporto M/F che aumenta con l'età. La figura 2.2.9 infatti, mostra un approfondimento della prevalenza (per 1000 persone) con BPCO in Puglia per genere e fascia d'età nella popolazione con 40 anni o più. La prevalenza aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine; nelle fasce di età più elevate (70-79, 80+) i maschi hanno una prevalenza nettamente più alta delle femmine.

Per quanto riguarda l'andamento temporale della patologia, sia nell'intera regione che nelle diverse provincie si registra un andamento ciclico di incremento e decremento della prevalenza con un ultimo quadriennio (2016-2019) discendente. [Figura 2.2.10]

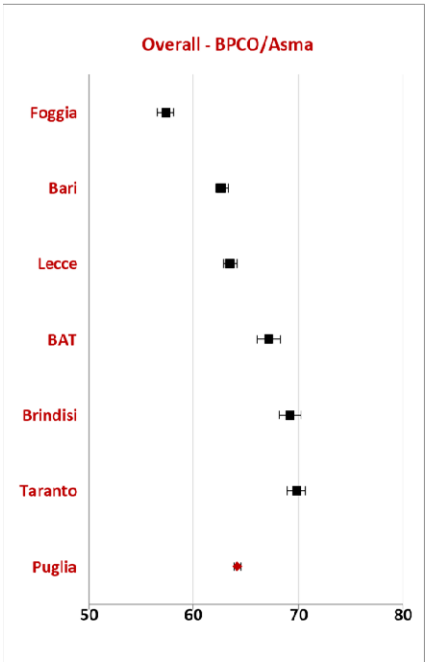
Tabella 2.2.5 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2018

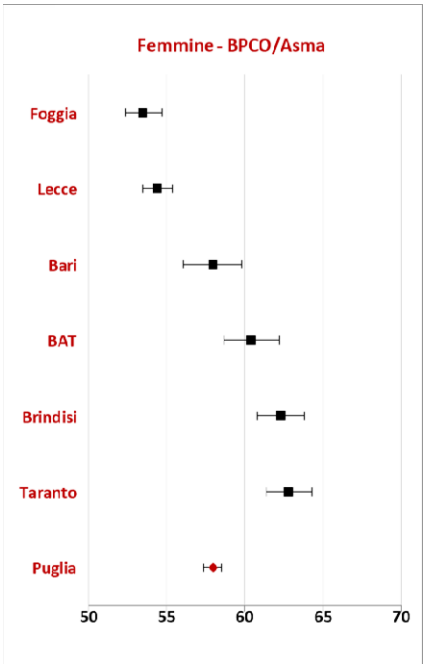
	Totale			Femmine			Maschi		
ASL	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	16929	69.2	68.2; 70.3	8372	62.3	61; 63.7	8557	78.9	77.3; 80.6
Taranto	25813	69.9	69; 70.7	12616	62.8	61.7; 63.9	13197	79.1	77.8; 80.5
BAT	14785	67.2	66.1; 68.3	7074	60.4	59; 61.8	7711	75.7	74; 77.4
Bari	49486	62.7	62.2; 63.3	24700	58.0	57.3; 58.7	24786	69.1	68.2; 70
Foggia	21481	57.4	56.6; 58.1	10866	53.5	52.5; 54.5	10615	62.9	61.7; 64.1
Lecce	33838	63.5	62.9; 64.2	16071	54.4	53.6; 55.3	17767	75.8	74.7; 77
Regione Puglia	**162332**	**64.2**	**63.9; 64.5**	**79699**	**58.0**	**57.5; 58.4**	**82633**	**72.6**	**72.1; 73.1**

Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

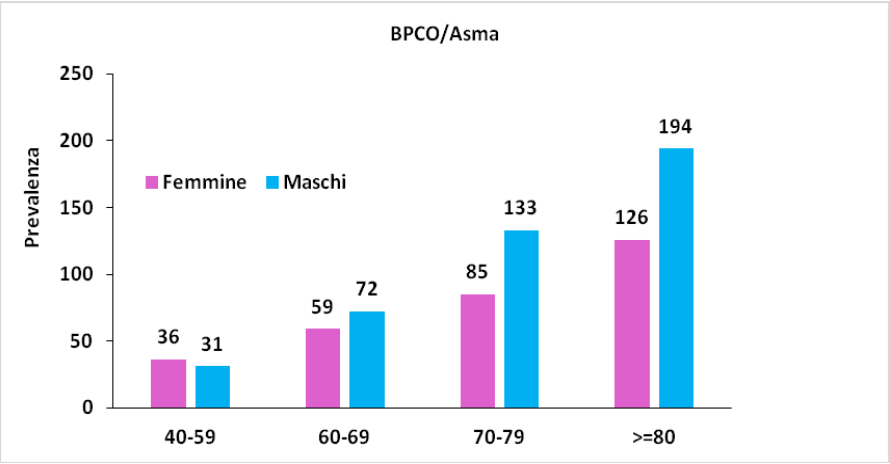
Figura 2.2.8 - Tasso di prevalenza standardizzato di BPCO per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) - anno 2019





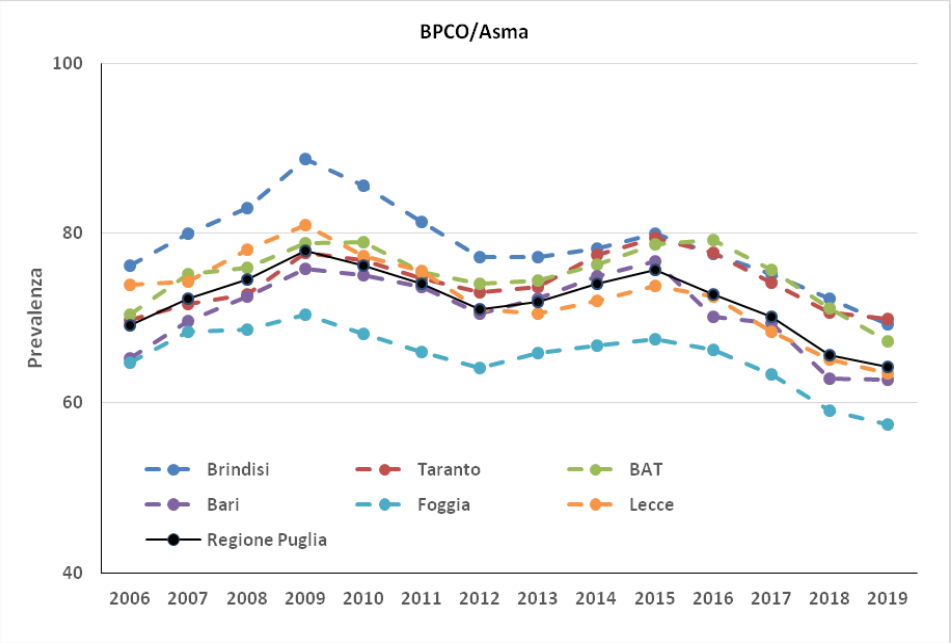
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.9 - Prevalenza della BPCO per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.10 – Andamento temporale della prevalenza della BPCO per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Cardiopatia ipertensiva con Scompenso Cardiaco (CHF)

Nel 2019, in Puglia, negli ultra40enni si sono registrati 97 casi ogni 1000 persone con valori confrontabili nei due sessi (94 tra le donne e 100 tra gli uomini ogni 1000 assistiti). [Tabella 2.2.6]. La figura 2.2.12 mostra un approfondimento della prevalenza di scompenso cardiaco nella regione Puglia per genere e fasce d'età nella popolazione ultra40enne. Questa aumenta con l'età sia nei maschi che nelle femmine con valori che vanno da 19 e 28 casi ogni 1000 assistiti nella fascia 40-59 anni a 317 e 283 ogni 1000 assistiti nella fascia degli ultra80enni (rispettivamente per femmine e maschi).

Nell'anno 2019, l'asl di Taranto registra la prevalenza più alta ($111^0/_{00}$) mentre l'asl di Bari quella più bassa ($88^0/_{00}$) [Tabella 2.2.6]. Questa variabilità tra asl è confermata dalla figura 2.2.7 che mostra come l'ASL di Taranto traccia nel tempo una curva al di sopra di quella relativa alla regione Puglia mentre l'asl di Bari registra sempre valori al di sotto di quelli regionali. L'incremento della prevalenza si registra per tutto il periodo di osservazione (dal 2006 al 2019).

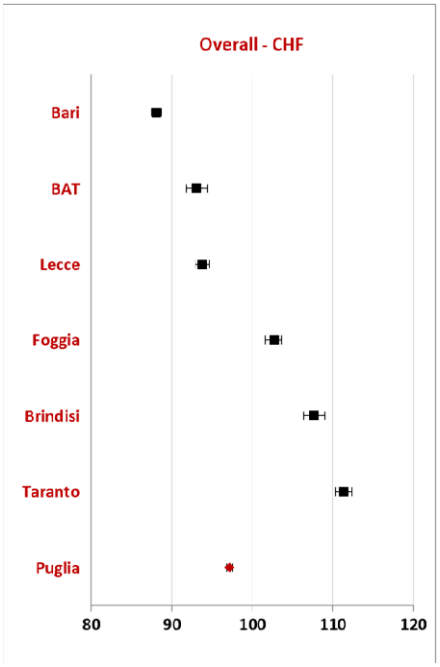
Tabella 2.2.6 - Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

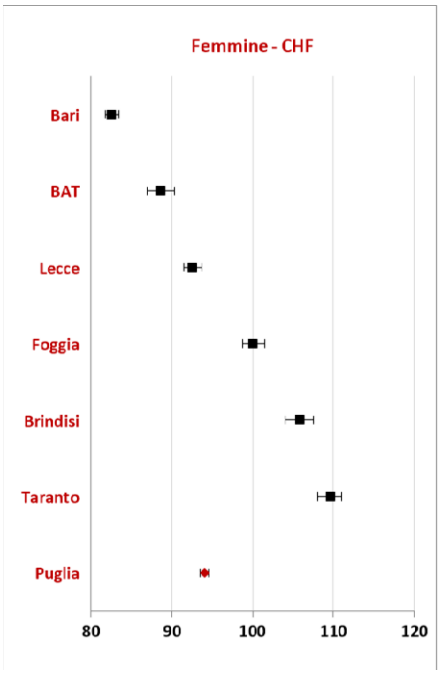
	Totale			Femmine			Maschi		
ASL	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%	N	Tasso x 1.000	IC 95%
Brindisi	26925	107.7	106.4; 109	15102	105.8	104.1; 107.5	11823	108.8	106.9; 110.8
Taranto	41774	111.4	110.3; 112.4	23029	109.6	108.1; 111	18745	112.4	110.8; 114.1
BAT	20355	93.1	91.8; 94.4	10585	88.7	87; 90.4	9770	97.2	95.3; 99.2
Bari	70449	88.1	87.5; 88.8	37114	82.6	81.8; 83.5	33335	93.6	92.6; 94.6
Foggia	39105	102.7	101.6; 103.7	21488	100.1	98.8; 101.5	17617	104.5	103; 106.1
Lecce	51129	93.8	93; 94.6	29158	92.6	91.5; 93.7	21971	93.9	92.7; 95.2
Regione Puglia	**249737**	**97.2**	**96.8; 97.6**	**136476**	**94.1**	**93.5; 94.6**	**113261**	**99.8**	**99.2; 100.4**

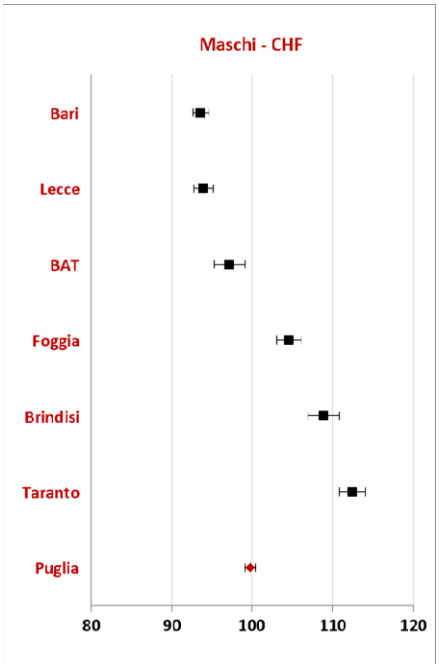
Numerosità, tasso di prevalenza standardizzato per 1.000 assistiti e relativo intervallo di confidenza al 95% (CI 95%)

Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.11 – Tasso di prevalenza standardizzato della CHF per 1.000 assistiti in Puglia e per ASL di residenza (totale e per genere) – anno 2019

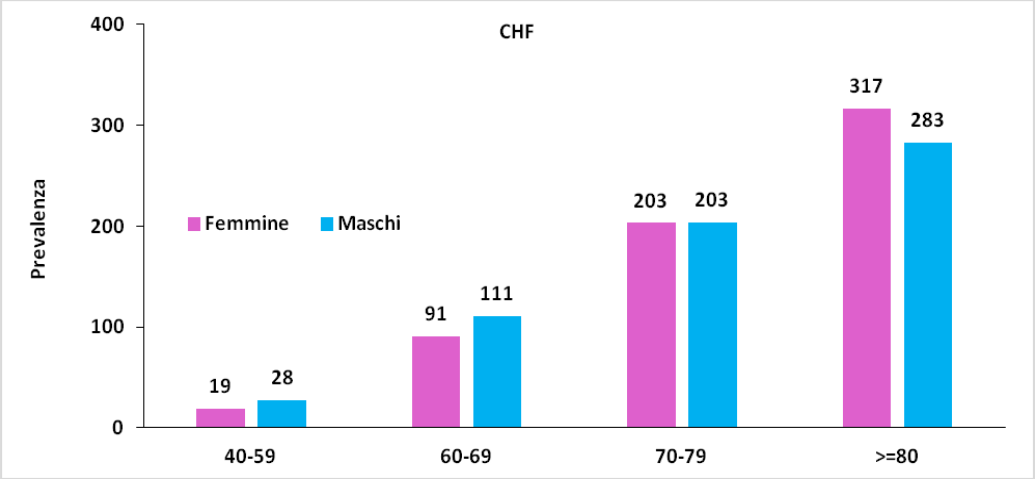






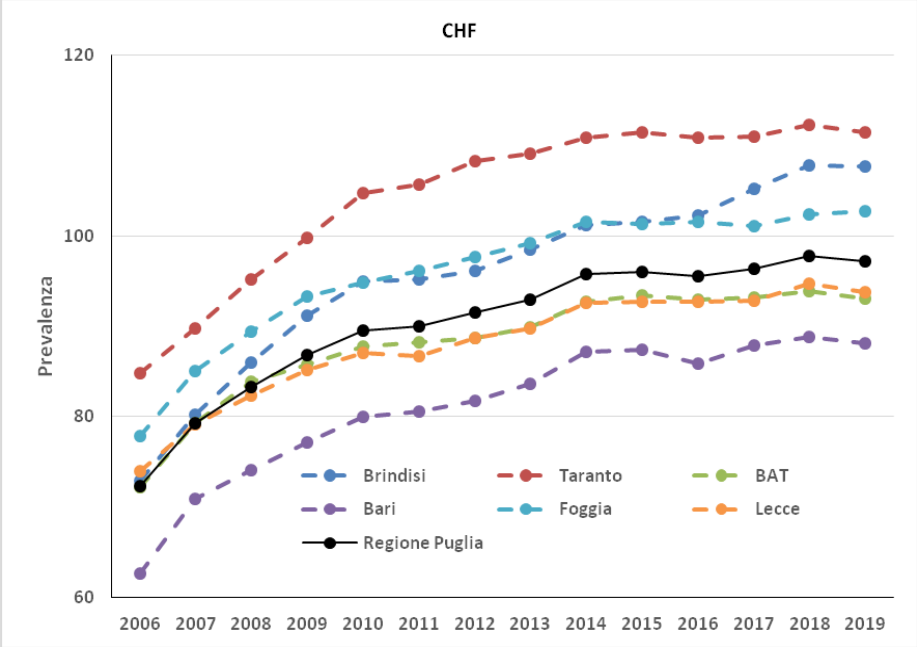
Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.12 - Prevalenza della CHF per età e genere – Regione Puglia - anno 2019 - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

Figura 2.2.13 – Andamento temporale della prevalenza della CHF per Asl e per la regione Puglia - tasso standardizzato per 1000 assistiti



Fonte dei dati: Anagrafe Assistiti; Sistemi Informativi Sanitari

- Con riferimento ai **Presidi Territoriali di Assistenza** previsti nella Regione si rappresenta quanto segue.

Con il Regolamento regionale 21 gennaio 2019 n.7 ad oggetto "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza" sono previsti n.33 Presidi Territoriali di Assistenza e i Presidi Post Acuzie derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere.

Successivamente, con Deliberazione di Giunta Regionale 19 marzo 2020 n.375 è stato approvato il Regolamento regionale 11 maggio 2020, n.9, recante "Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019 n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)".

Nella seguente tabella sono riportati i Presidi Territoriali di Assistenza e n.4 Presidi Post Acuzie attualmente previsti dalla programmazione regionale.

ASL BA	**ASL FG**	**ASL BT**	**ASL BR**	**ASL TA**	**ASL LE**
RUTIGLIANO	TORREMAGGIORE	MINERVINO MURGE	MESAGNE	MASSAFRA	CAMPI SALENTINA
ALTAMURA	SAN MARCO IN LAMIS/SANNICANDRO GARGANICO	SPINAZZOLA	CEGLIE MESSAPICA	MOTTOLA	NARDÒ
GRAVINA	MONTE SANT'ANGELO	TRANI	CISTERNINO	GROTTAGLIE (PPA)	POGGIARDO
BITONTO	VICO DEL GARGANO/VIESTE	CANOSA (PPA)	FASANO		MAGLIE
RUVO	TROIA/ACCADIA		SAN PIETRO VERNOTICO		GAGLIANO DEL CAPO
GIOIA DEL COLLE			BRINDISI		
NOCI					
GRUMO APPULA					
CONVERSANO					
TERLIZZI (PPA)					
TRIGGIANO (PPA)					

- Con riferimento alla **assistenza primaria** e alla **pediatria di libera scelta** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art 8 dell'ACN 28/4/2022 i medici di assistenza primaria operano all'interno del nuovo assetto definito dall'articolo 2, comma 3 e aderiscono, secondo quanto previsto dall'articolo 6 dello stesso ACN, al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.

Il nuovo assetto organizzativo prevede l'istituzione di forme organizzative mono professionali Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali Unità Complessa di Cure Primaria (UCCP), osservando i seguenti criteri generali:

a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;

b) istituzione delle UCCP in tutto il territorio regionale tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;

c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP tramite idonei sistemi informatici e informativi.

Gli AA.II.RR. saranno rispondenti alle esigenze assistenziali del territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini così come di seguito riportato:

a) miglioramento delle condizioni sociosanitarie e aumento della sopravvivenza, mediante incremento dell'assistenza domiciliare e la presa in carico dei pazienti cronici e non deambulabili;

b) potenziamento del Piano Regionale prevenzione vaccinale da realizzarsi attraverso strategie efficaci e omogenee sul territorio nazionale, strutturando protocolli d'intesa nell'ambito degli Accordi integrativi regionali (AIR) con i MaP per la somministrazione dei vaccini e dei test di rilevazione delle infezioni;

c) riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso. Con i nuovi AA.II.RR. sarà prevista l'integrazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata, e per sette giorni alla settimana ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

Sempre in coerenza con la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e di fabbisogno, negli AA.II.RR. devono essere previsti specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti, con una effettiva presa in carico dell'utente/paziente.

Le forme organizzative multiprofessionali (UCCP) per le quali è previsto il collegamento funzionale con le AFT tramite idonei sistemi informatici e informativi, realizzano i propri compiti attraverso:

a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con l'attività del Distretto di riferimento;

b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto, sentito il Comitato aziendale, e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità previste;

c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Come definito in ACN, le attività, gli obiettivi e i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. All'interno della programmazione regionale e in relazione a eventuali specificità territoriali, saranno fornite indicazioni alle AA.SS.LL. al fine di garantire una logistica semplificata nella distribuzione dei vaccini, qualora gli stessi non siano distribuiti per il tramite delle farmacie territoriali.

- Con riferimento alla **continuità assistenziale** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art. 31 dell'ACN 28.4.2022 i medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

Il ruolo unico di assistenza primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP) come in precedenza individuate.

Con riferimento ai medici di continuità assistenziale al fine di dare attuazione al dettato dell'art. 2 della L.R. 18 dicembre 2018, n. 66 le AA.SS.LL. sono state invitate a individuare spazi in prossimità dei Pronto Soccorso per allocare le sedi di continuità assistenziale a cui demandare la gestione dei codici bianchi o verdi a bassa complessità. Tale modello organizzativo consentirà la gestione dei pazienti privi di urgenza clinica spostando dal Pronto Soccorso al territorio le problematiche che non necessitano di risposta ospedaliera e che rientrano nella competenza territoriale.

- Con riferimento alla **specialistica ambulatoriale** si rappresenta quanto segue.

Ai sensi dell'art. 6 dell'ACN 30/3/2021, gli specialisti ambulatoriali e i professionisti operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione. Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie), comunque denominate a livello regionale. Le Regioni valutano la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative.

Le AFT di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. La AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP del Distretto. L'organizzazione della AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dei professionisti prevede che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda, le UCCP ovvero presso le sedi delle AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

A tale riguardo con deliberazione di Giunta regionale n. 1618 del 21/11/22 si è proceduto a recepire l'Accordo Integrativo Regionale della Specialistica ambulatoriale.

- Con riferimento ai **Distretti Socio Sanitari** si rappresenta quanto segue.

Le funzioni e l'organizzazione del Distretto Socio Sanitario sono disciplinate dal REGOLAMENTO REGIONALE 18 aprile 2011 n. 6 "Regolamento di organizzazione del "Distretto Socio Sanitario" (D.S.S.)".

Di seguito si rappresenta l'attuale organizzazione dei distretti socio sanitari della Regione Puglia.

ASL BARI	DISTRETTO	N. COMUNI
	ALTAMURA	4 (Altamura - Gravina di Puglia - Santeramo in Colle - Poggiorsini)
	BARI	1 (Bari)
	BITONTO	2 (Bitonto - Palo del Colle)
	CONVERSANO	3 (Conversano - Monopoli - Polignano a Mare)
	RUVO DI PUGLIA	3 (Ruvo di Puglia - Terlizzi - Corato)
	GIOIA DEL COLLE	4 (Casamassima - Gioia del Colle - Sammichele di Bari - Turi)
	GRUMO APPULA	6 (Acquaviva delle Fonti - Binetto - Cassano delle Murge - Grumo Appula - Sannicandro di Bari - Toritto)
	MODUGNO	3 (Bitetto - Bitritto – Modugno)
	MOLA DI BARI	3 (Mola di Bari - Noicattaro - Rutigliano)
	MOLFETTA	2 (Molfetta - Giovinazzo)
	PUTIGNANO	5 (Alberobello - Castellana Grotte - Locorotondo - Noci - Putignano)
	TRIGGIANO	5 (Adelfia - Capurso - Cellamare - Triggiano - Valenzano)
	12	**41**

ASL BAT	DISTRETTO	N. COMUNI
	ANDRIA	1 (Andria)
	BARLETTA	1 (Barletta)
	CANOSA DI PUGLIA	3 (Canosa di Puglia - Minervino Murge - Spinazzola)
	MARGHERITA DI SAVOIA	3 (Margherita di Savoia - San Ferdinando di Puglia - Trinitapoli)
	TRANI	2 (Bisceglie - Trani)
	5	**10**

ASL BRINDISI	DISTRETTO	N. COMUNI
	BRINDISI	2 (Brindisi - San Vito dei Normanni)
	FASANO	3 (Cisternino - Fasano - Ostuni)
	FRANCAVILLA FONTANA	6 (Carovigno - Ceglie Messapica - Francavilla Fontana - Oria - San Michele Salentino - Villa Castelli)
	MESAGNE	9 (Cellino San Marco - Erchie - Latiano - Mesagne - San Donaci - San Pancrazio Salentino - San Pietro Vernotico - Torchiarolo - Torre Santa Susanna)
	4	**20**

ASL FOGGIA	DISTRETTO	N. COMUNI
	CERIGNOLA	6 (Carapelle - Cerignola - Ordona - Ortanova - Stornara – Stornarella)
	FOGGIA	1 (Foggia)
	LUCERA	14 (Alberona - Biccari - Carlantino - Casalnuovo Monterotaro - Casalvecchio di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Celenza Valfortore - Lucera - Motta Montecorvino - Pietramontecorvino - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Volturara Appula – Volturino)
	MANFREDONIA	4 (Manfredonia - Mattinata - Monte Sant'angelo – Zapponeta)
	SAN MARCO IN LAMIS	4 (Rignano Garganico - San Giovanni Rotondo - San Marco in Lamis - Sannicandro G.co)
	SAN SEVERO	8 (Apricena - Chieuti - Lesina - Poggio Imperiale - San Paolo di Civitate - San Severo - Serracapriola – Torremaggiore)
	TROIA/ACCADIA	16 (Accadia - Anzano di Puglia - Ascoli Satriano - Bovino - Candela - Castelluccio de' Sauri - Castelluccio Valmaggiore - Celle San Vito - Deliceto - Faeto - Monteleone di Puglia - Orsara di Puglia - Panni - Rocchetta Sant'Antonio - Sant'Agata di Puglia – Troia)
	VICO DEL GARGANO	8 (Cagnano Varano - Carpino - Ischitella - Isole Tremiti - Peschici - Rodi Garganico - Vico del Gargano – Vieste)

	8	**61**

ASL LECCE	DISTRETTO	N. COMUNI
	CAMPI SALENTINA	8 (Campi Salentina - Carmiano - Guagnano - Novoli - Salice Salentino - Squinzano - Trepuzzi – Veglie)
	CASARANO	7 (Casarano - Collepasso - Matino - Parabita - Ruffano - Supersano – Taurisano)
	GAGLIANO DEL CAPO	15 (Acquarica del Capo - Alessano - Castrignano del Capo - Corsano - Gagliano del Capo - Miggiano - Montesano Salentino - Morciano di Leuca - Patu' - Presicce - Salve - Specchia - Tiggiano - Tricase – Ugento)
	GALATINA	6 (Aradeo - Cutrofiano - Galatina - Neviano - Sogliano Cavour – Soleto)
	GALLIPOLI	8 (Alezio - Alliste - Gallipoli - Melissano - Racale - Sannicola - Taviano – Tuglie)
	LECCE	10 (Arnesano - Cavallino - Lecce - Lequile - Lizzanello - Monteroni - San Cesario - San Donato - San Pietro in Lama – Surbo)
	MAGLIE	12 (Bagnolo del Salento - Cannole - Castrignano de' Greci - Corigliano d'Otranto - Cursi - Giurdignano - Maglie - Melpignano - Muro Leccese - Otranto - Palmariggi – Scorrano)
	MARTANO	10 (Calimera - Caprarica - Carpignano Salentino - Castri' di Lecce-Martano - Martignano - Melendugno - Sternatia - Vernole – Zollino)
	NARDO’	6 (Copertino - Galatone - Leverano - Nardo' - Porto Cesareo - Secli')
	POGGIARDO	15 (Andrano - Botrugno - Castro - Diso - Giuggianello - Minervino - Nociglia - Ortelle - Poggiardo - San Cassiano - Sanarica - Santa Cesarea Terme - Spongano - Surano - Uggiano la Chiesa)

	10	**97**

ASL TARANTO	**DISTRETTO**	**N. COMUNI**
	GINOSA	4 (Castellaneta - Ginosa - Laterza – Palagianello)
	GROTTAGLIE	11 (Carosino - Faggiano - Grottaglie - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Ionico - San Marzano di San Giuseppe)
	MANDURIA	7 (Avetrana - Fragagnano - Lizzano - Manduria - Maruggio - Sava – Torricella)
	MARTINA FRANCA	2 (Crispiano - Martina Franca)
	MASSAFRA	4 (Massafra - Mottola - Palagiano – Statte)
	TARANTO	1 (Taranto)
	6	**29**

- Con riferimento ai **Consultori Familiari** si rappresenta quanto segue.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 3066 del 27/12/2012.È stato approvato il Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese.

Nella seguente tabella sono riportate le sedi dei consultori sul territorio regionale.

ASL	**CONSULTORI**
BRINDISI	Brindisi (N.2 Consultori), San Vito Dei Normanni, Fasano, Ostuni, Cisternino, Oria, Villa Castelli, San Michele Salentino, Carovigno, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, San Pietro Vernotico, Mesagne, Torre Santa Susanna, San Pancrazio Salentino
TARANTO	Castellaneta, Ginosa , Massafra , Mottola, Martina Franca, Grottaglie, Pulsano, San Giorgio Jonico, Manduria, Sava, Fragagnano, Avetrana, Taranto (V.Le Mediterraneo, Corso Umberto, Paolo Vi, Solito Corvisea) Via Cagliari Taranto, Borgo, Talsano, Salinella
BAT	Barletta (N.2 Consultori), Trani, Minervino, Canosa, Margherita, E.C.C.I.A.S.S. – Trinitapoli, Andria (N. 2 Consultori), Bisceglie
BARI	Giovinazzo, Molfetta, Ruvo Di Puglia, Terlizzi, Corato, Bitonto, Santeramo In Colle, Gravina, Cassano Delle Murge, Toritto, Acquaviva Delle Fonti, Dss Unico Di Bari , Modugno, Bitritto, Triggiano, Capurso, Mola, Noicattaro, Rutigliano, Conversano, Monopoli, Polignano A Mare, Gioia Del Colle, Sammichele, Casamassima, Turi, Noci, Putignano, Altamura , Picone-Poggiofranco, San Paolo, Santo Spirito, Liberta`, Via Fani,

	Carrassi-San Pasquale, Japigia- Torre A Mare, Carbonara, San Pio, Locorotondo
LECCE	Otranto, Ugento, Cutrofiano, San Cesario Di Lecce, Martano, Aradeo, Casarano, Galatone, Copertino, Tricase, Gallipoli, Galatina, Campi Salentina, Gagliano Del Capo, Maglie, Poggiardo, Nardo', Taviano, Racale, Uggiano, Parabita, Taurisano, Ruffano, Parabita -Sede Distaccata Di Matino, Presicce, Surbo, Lecce (N.2 Consultori), Trepuzzi, Squinzano, Leverano, Carmiano, Monteroni, Calimera, Melendugno, Neviano
FOGGIA	Torremaggiore, Serracapriola, San Severo, Apricena, Vieste, Ischitella, Rignano, Lucera, Troia, Orsara Di P., Casalvecchio P., Pietra Mont.No, Accadia, Bovino, Candela, Ascoli Satriano, M. S. Angelo, Mattinata, Manfredonia, Cerignola, Orta Nova, Stornarella

Con successivi provvedimenti di Giunta regionale si provvederà a rivedere l'intera offerta assistenziale territoriale, rispetto anche alla programmazione vigente, rendendola coerente con le disposizioni ex DM. n. 77/2022. In particolare, si dovrà aggiornare il ruolo dei Presidi Territoriali di Assistenza, tenuto conto del nuovo modello organizzativo riveniente anche dal PNRR.

Allegato A)

Il modello organizzativo e le tipologie di Case della Comunità

A. Definizione Macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni della CdC si articolano nelle seguenti n.4 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

1) **Macro-Area SPECIALISTICA** che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali servizi di diagnosi e cura con la presenza di diagnostica di base, area prelievi, servizi ambulatoriali e quelli specialistici;
2) **Macro-Area CURE PRIMARIE** che accoglie tutti gli spazi per la Medicina di Gruppo, tra cui i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatria di Libera Scelta (PLS) e gli Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC), ecc.;
3) **Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'** che ospita Assistenza medica H24/12, servizi infermieristici, il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo, nonché uno sportello e uffici sede dei servizi socio-sanitari quali quelli sociali con la presenza di un assistente sociale, di prevenzione, di assistenza domiciliare, ecc.;
4) **Macro-Area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:
   a. *servizi di accoglienza per gli utenti* (area CUP, area amministrativa, ecc.);
   b. servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.);
   c. *servizi logistici* (archivi, magazzini, depositi, ecc.);
   d. *locali tecnici* (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

2. Ogni Macro-area è suddivisa in **Aree funzionali**, sanitarie e non sanitarie, che, a loro volta, si suddivono in obbligatorie e facoltative secondo i seguenti criteri:

- **Obbligatorie**, se indicate come "Obbligatorie" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30);
- **Facoltative**, se considerate "Fortemente Raccomandate", "Raccomandate" e "Facoltative" in termini organizzativi nella Tab. 4 del DM 77 (pp. 29 e 30).

3. In ogni CdC devono essere previste le funzioni ritenute obbligatorie dal seguente Regolamento, in attuazione del DM 77, e possono essere previste funzioni aggiuntive/facoltative secondo le indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale.

4. Ogni Area Funzionale è composta da **unità ambientali** (singoli ambienti fisici), che possono essere:
   a. unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
   b. unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
   c. unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

5. Alcuni spazi possono essere interscambiabili e adoperati per diverse attività erogate all'interno della CdC, come ad esempio l'area accoglienza, le aree di deposito, gli spogliatoi per il personale, le aree relax per il personale.

6. Nell'ipotesi di cui al capoverso precedente, a livello organizzativo e gestionale della struttura deve essere previsto un coordinamento delle attività socio-sanitarie adeguate all'uso degli spazi, nonché, da un punto di vista progettuale, gli spazi possono essere adattati per diverse esigenze.

7. Il numero dei locali operativi può variare in relazione alle attività previste all'interno della CdC, alle istanze epidemiologiche della popolazione e al modello organizzativo degli spazi. Per quanto concerne il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi all'accreditamento delle strutture ospedaliere e/o socio-sanitarie assimilabili alle CdC.

8. In caso di CdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di CdC Hub o Spoke integrate con OdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro-area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la CdC Hub e Spoke

Unità Funzionali della CdC			Indicazioni CdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO	
			HUB	SPOKE
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	AREA PRELIEVI			
	Area prelivi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
	ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA			
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE			
		AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	SERVIZI INFERMIERISTICI			
		AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12			
	Assistenza medica	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)			
		PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI			
		Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
	ASSISTENZA DOMICILIARE			
		ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
		UNITA' CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/
	SERVIZI PER LA COMUNITA'			
		SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	AREA SERVIZI GENERALI			
	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREA SERVIZI LOGISTICI			
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	AREE LOCALI TECNICI			
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.		

B. Relazioni funzionali e spaziali della CdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza. La localizzazione delle macro-aree e delle aree funzionali all'interno della CdC definisce non solo il sistema dei flussi e dei differenti percorsi (pazienti, personale sanitario, merci) ma contribuisce a conferire privacy, flessibilità, ed efficacia agli spazi.

2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano, rispettivamente:

a. la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio (ad esempio assistenza medica h24 con la diagnostica di base);

b. la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

3. In relazione ai flussi principali è preferibile la presenza di un unico ingresso utenti centrale e riconoscibile che possa indirizzare le persone verso l'accoglienza principale il sistema distributivo per le varie funzioni presenti nella struttura. A questo vanno affiancati, ove possibile, gli accessi differenziati per il personale sanitario (o per le merci) ed eventuali ulteriori accessi che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati per categoria di utenti o di entrata e/o uscita (come suggerito dall'esperienza Covid-19).

4. A livello distributivo, è possibile posizionare i percorsi a livello orizzontali e/o verticale. In relazione alla tipologia edilizia si possono originare diverse configurazioni con una serie di sale di attesa in prossimità delle macro-aree e per quanto riguarda i percorsi verticali, è preferibile una loro collocazione in punti strategici e facilmente individuabili dagli utenti. È preferibile, ove possibile, in relazione alla tipologia edilizia e distributiva, garantire i percorsi pubblici e sanitari differenziati (con relativi accessi separati). In ogni caso, occorre organizzare le relazioni spaziali e l'assetto distributivo al fine di garantire le migliori performance organizzativo-gestionali.

C. CdC Hub

1. La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

a) Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
b) Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
c) Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
d) Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
e) Punto prelievi;
f) Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
g) Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);

h) Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
i) Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
j) Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
k) Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
l) Servizio di assistenza domiciliare di base;
m) Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
n) Integrazione con i servizi sociali

2. La tipologia Hub, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie e una non sanitaria):

a. 3 macro-aree sanitarie:
   1) Macro-area Specialistica con le Aree Funzionali: prelievi, diagnostica di base e ambulatori specialistici
   2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
   3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h24; servizi infermieristici;punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità

b. 1 macro area non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stessa struttura sanitaria:
   1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
   2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
   3) Area logistica e Locali tecnici.

3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire gli ascensori differenziati; e, altresì, a partire dalla recente pandemia da Covid-19 e dalla relativa necessità di poter differenziare i flussi degli utenti (Covid /non Covid), e per esigenze di sicurezza ed efficientamento (es: compartimentazione della struttura durante la notte e/o nei giorni festivi, ecc.), degli accessi secondari di servizio:
   a. per l'Assistenza medica H24 un accesso autonomo nelle strutture ove sono garantiti i servizi medici H24/7 (accesso notturno, con una sala di attesa);
   b. collegamenti con le aree esterne per garantire - in caso di emergenza – possibili collegamenti con strutture prefabbricate e/o tensostrutture.

D. CdC Spoke

1. La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:
   a. Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
   b. Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);

c. Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
d. Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
e. Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
f. Programmi di screening
g. Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
h. Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
i. Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

2. La tipologia Spoke, sulla base delle Aree funzionali obbligatorie, può essere strutturata nelle seguenti 4 Macroaree (3 sanitarie ed una non sanitaria):

a. 3 macro-aree sanitarie:
   1) Macro-area Specialistica con l'Area Funzionale ambulatori specialistici
   2) Macro-area Cure Primarie con l'omonima Area Funzionale
   3) Macro-area Assistenza di prossimità con le Aree Funzionali: assistenza medica h12; servizi infermieristici; punto unico di accesso (PUA); integrazione con i servizi sociali; assistenza domiciliare; servizi per la comunità.

b. 1 macroarea non sanitaria: Servizi Generali e Logistici che comprende 3 Aree Funzionali che possono essere distribuite in diversi spazi all'interno della stesa struttura sanitaria:
   1) Servizi Generali di Accoglienza utenti
   2) Servizi Generali di Accoglienza personale sanitario
   3) Area logistica e Locali tecnici.

3. È preferibile garantire due corridoi per suddividere i flussi sanitari e quelli del pubblico, e in caso di strutture a sviluppo verticale, di garantire gli ascensori differenziati

E. Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

1. La CdC rappresenta un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto e proprio per questo adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

a. **Rete Intra-CdC**, costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
b. **Rete Inter-CdC**, con l'obiettivo di mettere in relazione la CdC Hub con le sue CdC Spoke, così da soddisfare al meglio le esigenze di erogare servizi in maniera più ampia e diffusa possibile; costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
c. **Rete Territoriale**, ovvero il sistema con il quale le CdC vengono messe in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità, RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

d. **Rete Territoriale Integrata**, che pone le CdC a sistema con l'attività ospedaliera. In questo caso è fondamentale il ruolo delle piattaforme informatiche: queste permettono il cruciale compito di poter destinare pazienti delle CdC alle strutture che possono garantire prestazioni ospedaliere ambulatoriali specialistiche, specie quando si tratta di malati con cronicità ad alta complessità. La CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

2. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

F. Localizzazione della CdC e inserimento nel contesto urbano

1. È prevista una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti; differentemente, il numero delle CdC spoke – in quanto presidi di supporto agli hub – possono variare in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accedono anche gli specialisti ambulatoriali.

2. I servizi devono essere organizzati in relazione alle esigenze sanitarie e proporzionati secondo il bacino di utenza di riferimento. Le funzioni specialistiche che si affiancano ai servizi di assistenza primaria possono variare sia in relazione al loro livello di preesistenza nell'area di pertinenza della CdC, sia in relazione a scelte strategiche definite a priori e relative ai servizi e alle prestazioni da erogare;

3. Nella programmazione di queste strutture, all'interno di una rete di strutture sanitarie già esistenti, rivestono fondamentale importanza sia la localizzazione per la tipologia di contesto di riferimento e per il riuso di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione, sia il dimensionamento rispetto al territorio di riferimento, alla presenza e il livello dei servizi previsti;

4. Le singole CdC oppure integrate con l'OdC e/o COT possono essere insediate:

a) All'interno di poli ospedalieri o edifici o edifici sanitari già operativi (edifici e/o porzioni della struttura);

b) in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione.

La scelta in ordine al relativo insediamento può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire tali architetture.

5. Per definire la più adeguata localizzazione di una CdC oppure di una struttura integrata con l'OdC e/o COT, sotto il profilo metodologico, occorre effettuare alcune analisi preliminari secondo due scale di lettura che vanno considerate strettamente interrelate per informare le conseguenti scelte operative:

1. a scala territoriale occorre analizzare:
    a. la rete ospedaliera esistente e programmata;
    b. la rete dei servizi sanitari complementari esistenti e programmati;
    c. il bacino d'utenza attuale e potenziale;
    d. il sistema infrastrutturale esistente e programmato;
    e. il sistema ambientale in tutta la sua complessità;
2. a scala locale occorre considerare:
    a. la disponibilità, la conformazione oro-geografica, le caratteristiche e le dimensioni dell'area;
    b. la posizione ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;
    c. il grado di accessibilità attraverso le principali infrastrutture viarie e di trasporto pubblico;
    d. le caratteristiche e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti;
    e. le caratteristiche del manufatto architettonico, se esistente.

G. Casa di Comunità con Ospedale di Comunità e/o COT

1. La CdC Hub o Spoke può essere insediata all'interno di una struttura che ospita anche un OdC e una COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolar modo:
a. prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base), in caso di evenienza;
b. prossimità tra la COT e la macro-area assistenza di prossimità della CdC ove sono localizzati i servizi infermieristici e il PUA, che potrebbero avere, sebbene in maniera marginale, possibili relazioni tra di loro.

H. Standard di personale

1. Lo standard di personale per 1 Casa di Comunità hub è il seguente:
    a) 7-11 Infermieri;
    b) 1 assistente sociale;
    c) 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

2. Il modello organizzativo delle CdC Hub, al fine di assicurare i servizi previsti, prevede che ci siano 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC) così organizzati, come indicato dal DM 77:

a) 1 Coordinatore Infermieristico;
b) 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali;
c) 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute;
d) 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

3. Nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale è aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e deve essere svolta presso la CdC hub e spoke.

I. Dimensionamento parametrico della CdC

1. Il dimensionamento della CdC deriva dalla tipologia di attività sanitarie e non, da insediare e dalla loro organizzazione spaziale. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale (vedi art.5);

2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77, e in relazione alla programmazione delle CdC, è preferibile che il dimensionamento minimo delle CdC secondo i livelli di complessità si attesti intorno a:

Dimensionamento	CdC Hub	CdC Spoke
Superficie Lorda di Pavimento indicativa	**800/900 mq circa**	**500/600 mq circa**

3. In considerazione delle caratteristiche delle strutture esistenti, possono essere ricomprese come CdC Hub strutture con superfici maggiori di 500 mq e come CdC Spoke strutture con superfici minori di 500 mq.

4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e la tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

5. Una CdC Spoke può avere un dimensionamento maggiore rispetto a quello indicato;

6. Un edificio con una superficie pari o superiore a 800/900 mq non deve essere considerato necessariamente una CdC Hub;

7. I dimensionamenti sopra riportati si riferiscono alla superficie minima complessiva che la struttura deve garantire per ospitare le macro-aree sanitarie, e socio-sanitarie a valenza sanitaria. Nel caso di inserimento della CdC all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente;

8. A partire dai dimensionamenti minimi previsti nella programmazione a livello nazionale e, in considerazione delle superfici ideali stimate, sono definiti nella seguente tabella– in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (ambulatori, studi medici, sale di trattamento, ecc.).

	CdC Hub	CdC Spoke
Stima del numero indicativo di locali operativi minimi previsti	**24 LOCALI OPERATIVI**	**14 LOCALI OPERATIVI**

9. In relazione al numero di locali ripotati nel comma precedente, si precisa che:

a) per locale operativo si intende un locale adoperato per le visite mediche, sale di trattamento e/o studio medico/ufficio per gli assistenti sociali, e quindi dove viene erogato un servizio all'utenza, quali:

1) Sala esami e diagnostica di base;
2) Ambulatorio prelievi;
3) Ambulatori di visita di base e infermieristici;
4) Studi medici / Ambulatori per le visite degli MMG, PLS e IFoC, ecc.;
5) Ambulatorio di visita specialistica;
6) Ufficio per lo Psicologo e/o Assistente sociale;
7) Locali operativi per ADI e UCA;
8) Punto Unico di Accesso (PUA).

b) Non sono locali operativi i locali lavoro medici e infermieri, i depositi, gli uffici dei medici e del coordinatore infermieristico, poiché considerati come locali annessi e di supporto alle attività da svolgersi;

c) Il numero di locali operativi è calcolato a partire dallo staff sanitario e non previsto dal DM 77 attraverso un metodo parametrico che tiene in considerazione i dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997 dei locali operativi e di tutti quei locali relativi:

1) al pubblico un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
2) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
3) alla distribuzione dei percorsi.

10. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo).

Allegato B)

Il modello organizzativo della COT

A. Localizzazione delle COT e contiguità con altre strutture sanitarie

1. La COT è una nuova tipologia di Centrale che si aggiunge all'interno dell'insieme di Centrali Operative già tradizionalmente attive, quali le Centrali 118 e le CO NUE 112, e a quelle in stato di attuazione come le Centrali Operative NEA 116117.

2. Ogni tipologia di centrale operativa deve essere collocata in una zona a basso rischio idrogeologico e non alluvionale, posizionata al di fuori delle zone/raggi di sicurezza definiti dai Piani di Emergenza Esterni delle Industrie a Rischio d'Incidente Rilevante (rif. Direttiva Seveso III).

3. La COT può essere posizionata sia in presidi autonomi a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti) sia all'interno una struttura sanitaria già operativa (edifici e/o porzioni della struttura), come i nuovi presidi della sanità territoriale (CdC e OdC), RSA, ospedali generali e/o strutture similari.

4. A prescindere dal collocamento delle COT, deve essere garantito un facile accesso alla struttura, nella quale deve essere prevista un'area di parcheggio a utilizzo esclusivo del personale operante in centrale, sia in condizioni ordinarie sia di emergenza.

5. È preferibile, ove possibile, localizzare le COT in prossimità degli altri servizi territoriali previsti dal DM 77, con particolare riferimento alle CdC e agli OdC. Per la tipologia di edificio dove collocare la COT occorre effettuare una preventiva valutazione di compatibilità nel riutilizzo di edifici esistenti, con l'intento di ridurre l'impatto sull'ambiente e valorizzare il patrimonio costruito esistente.

B. Definizione Macro-aree, aree funzionali e unità ambientali

1. Le diverse funzioni possono essere classificate in macro-aree, valide sia per COT collocate in un presidio autonomo sia per quelle posizionate in una struttura sanitaria esistente. A ciascuna macro-area corrispondono diverse aree funzionali. Ogni Area Funzionale è caratterizzata da diverse Unità Ambientali classificabili in spazi per:

a. le unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale;
b. i servizi annessi e di supporto, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

2. Per le COT collocate dentro presidi esistenti è possibile prevedere aree funzionali che possono essere utilizzate congiuntamente sia dal personale della Centrale Operativa che dal personale della struttura sanitaria.

3. Per il dimensionamento minimo delle unità ambientali si rimanda ai riferimenti regionali relativi alle strutture assimilabili alle COT.

4. Le funzioni operative possono essere classificate secondo 2 macro-aree:

1) macro-area CENTRALE OPERATIVA che ospita l'area che comprende la sala operativa e i relativi uffici direzionali e amministrativi;
2) macro-area SERVIZI GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area è suddivisa in:
   a) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
   b) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
   c) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

5. Le predette aree sono valide sia per le COT collocate in un presidio autonomo sia in strutture sanitarie già operative, con le quali possono avere in condivisione i locali facenti parte dell'Area dei Servizi Generali e Logistici.

6. Per le COT inserite all'interno di presidi esistenti, l'area funzionale della macro-area centrale operativa è obbligatoria ed esclusiva, se destinata unicamente agli operatori della COT, ma può anche essere in condivisione, se il loro utilizzo è rivolto congiuntamente anche al personale della struttura sanitaria ospitante;

7. Nell'area funzionale della macro-area centrale operativa sono previsti: la sala operativa, organizzata in open space o in uffici e l'ufficio direzionale e amministrativo;

8. All'interno della macro-area Centrale Operativa devono essere previsti nello specifico una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
a. Locale per attrezzature tecnologiche e informatiche;
b. Archivio e deposito/magazzino;
c. Servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

9. È preferibile ove possibile e, in particolar modo per le COT previste in presidi autonomi di nuova realizzazione, collocare la sala operativa in ambienti open space.

10. Se la COT è collocata in un presidio autonomo, è richiesto un unico ingresso; differentemente, se la COT è allocata all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante.

11. La macro-area servizi generali e logistici ospita tutte le aree funzionali di supporto alle attività operative della COT:
a. SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per il personale;
b. AREA LOGISTICA in cui si considerano i depositi archivio, ecc.;
c. LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

12. In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività, i servizi generali e logistici sono obbligatori.

13. In caso di COT insediata all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o OdC diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

14. In caso di COT realizzata all'interno di edifici esistenti e già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse), diverse aree funzionali non sanitarie -associate alla macro-area Servizi Generali e Logistici- possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio: aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc., come indicato nella la tabella seguente.

Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la COT

Unità Funzionali della COT			indicazioni COT
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO
	CENTRALE OPERATIVA		
CENTRALE OPERATIVA	*Centrale operativa con postazioni lavoro*	AREA OPERATIVA (sala operativa, locali per attrezzature tecnologiche, uffici direzionali e amministrativi, ecc.).	**Obbligatorio**
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	**AREA SERVIZI GENERALI**		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale	ACCOGLIENZA PERSONALE	**Obbligatorio** ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	**Obbligatorio** ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	**Obbligatorio** ma può essere in condivisione
	AREE LOCALI TECNICI		
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.	**Obbligatorio** ma può essere in condivisione

C. Relazioni funzionali e spaziali della COT

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

2. In relazione ai flussi è preferibile prevedere un unico ingresso.

3. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse aree funzionali, attraverso due matrici che hanno la funzione di evidenziare rispettivamente la relazione funzionale, cioè se due funzioni sanitarie o non sanitarie sono in relazione tra di loro e, quindi, se devono essere collegate, e la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro.

D. Dimensionamento parametrico della COT

1. Il dimensionamento della COT può variare rispetto alla tipologia di presidi sanitari in cui viene collocata e dalla relativa organizzazione. Esso varia a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

2. Il dimensionamento minimo di una COT può attestarsi indicativamente come indicato nella tabella seguente.

Dimensionamento	COT
Superficie Lorda di Pavimento	**100 mq circa**

3. In relazione alla tipologia di intervento (nuova realizzazione e/o riuso dell'esistente), alla tipologia edilizia del manufatto architettonico (edificio a sviluppo verticale o orizzontale) e alla tipologia distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo) la superficie può risultare superiore;

4. Nel caso di inserimento della COT all'interno di una struttura ospedaliera e/o sanitaria, alcuni servizi generali, logistici e locali tecnici possono essere in condivisione con il polo sanitario preesistente.

5. A partire dai dimensionamenti minimi di accreditamento indicati dal DPR 14/01/1997, sono definiti nella tabella seguente – in maniera indicativa - il numero minimo di locali operativi (uffici e locali postazioni). I dimensionamenti indicati, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione alla tipologia edilizia e layout distributivo in cui si va ad insediare la COT.

	COT
Stima del numero di locali operativi minimi	3/5 UFFICI/LOCALI POSTAZIONI

E. Caratteristiche strutturali e tecnologiche delle COT

1) È preferibile negli interventi di nuova realizzazione introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata, che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

2) L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

a. il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
b. il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
c. il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo

implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.

3) Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità:

a) In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte;
b) In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.

4) Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile garantire la variabilità in termini di intensità della quantità di luce artificiale.

5) Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestrature che devono essere previste sull'involucro esterno.

6) Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettano l'ingresso dell'aria.

7) Con riferimento a tutte le componenti edilizie e impiantistiche occorre assicurare, non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.

8) È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:

a. ispezionabilità degli impianti;
b. facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
c. facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.

9) In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi devono essere valutate caso per caso. In generale, è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. È necessario, lavorare sull'efficientamento energetico non solo con riguardo ai grandi sistemi di generazione di energia, ma anche ai piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio, le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, mediante l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche

l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

10) Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione devono essere adottate soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, mediante definizione a priori della possibilità di espansione interna o esterna, nella logica di adattare la struttura in modo ottimale alle funzioni.

11) È preferibile introdurre un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferenzialmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

12) Per tutti i requisiti tecnici, si rinvia ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

F. Dimensione organizzativa

1. La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

2. Per svolgere la propria funzione la COT deve operare in rete con gli altri servizi territoriali, tra cui anche il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 (NEA) e il Punto Unico di Accesso (PUA). Tali collegamenti devono consentire la presa in carico globale dei bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali delle persone con cronicità complesse e/o fragili insistenti sul territorio di afferenza del distretto della COT.

3. La COT assolve al proprio ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

a) coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
b) coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
c) tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
d) supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC, ecc.), riguardo alle attività e ai servizi distrettuali;
e) raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno".

4. La COT, per garantire le funzioni di cui al comma precedente, oltre a interfacciarsi con il PUA e il NEA 116117, deve stabilire modalità formalizzate di comunicazione e i relativi strumenti tecnologici a supporto con i professionisti della salute che operano nelle Case della Comunità (CdC), nelle Unità di Continuità Assistenziale (UCA), nelle Cure Domiciliari Integrate (ADI), nelle residenze/centri diurni, nelle strutture ospedaliere, nelle altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia) e con gli MMG/PLS, oltre che con i servizi sociali dei Comuni.

5. Per assicurare il supporto informativo, organizzativo e logistico delle transizioni dei pazienti da un setting di assistenza all'altro, la COT deve farsi carico delle necessità espresse dal professionista del setting di provenienza responsabile del caso, contattando e attivando il servizio/i necessario/i alla definizione del setting di destinazione, dando supporto ai processi necessari (tra cui anche il processo di valutazione del setting) e tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito. In questo caso, la COT coordina le transizioni che coinvolgono i diversi setting per i casi gestiti nel proprio ambito territoriale.

6. La COT garantisce il coordinamento e l'ottimizzazione degli interventi, attraverso l'attivazione di tutte le risorse sociosanitarie presenti sul territorio di riferimento, anche mediante l'utilizzo dei sistemi di Telemedicina. Nello specifico, la COT assicura il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, favorendo la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino. Nel supportare i processi, provvede a tracciarli, verificando al contempo, la corretta e completa alimentazione dei flussi informativi necessari.

7. Per svolgere le proprie funzioni basilari la COT deve godere di un patrimonio informativo pertinente e non eccedente rispetto alle finalità attribuite alla stessa dalla norma.

8. La COT deve raccordare le informazioni tra i professionisti che operano nei diversi servizi, supportandoli nell'accesso e nell'inserimento di tutte le informazioni utili a soddisfare lo specifico bisogno.

G. Il ruolo della COT nella transizione Ospedale – Territorio

1. La struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure per un paziente ricoverato per il quale, alla dimissione, si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale anche attraverso l'utilizzo di strumenti e/o scale validate. La struttura ospedaliera individua gli elementi e il grado di complessità del caso in modo che, in raccordo con gli altri setting (ADI, servizio sociale, ecc.), la COT collabori con la stessa contribuendo a identificare la struttura/il servizio più appropriato rispetto al setting di cura verso il quale si vuole indirizzare il paziente. La COT coordina, traccia, monitora e interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: Al momento del ricovero, la struttura ospedaliera trasmette una notifica di avvenuto ricovero alla COT la quale a sua volta deve verificare la presenza di altri servizi aperti su quel paziente (es. centro diurno, pasti a domicilio, ecc.) e deve informare del ricovero tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico della persona (es. MMG/PLS, Équipe di Cure Domiciliari, servizio sociale comunale, ecc.). Durante il ricovero la struttura ospedaliera esprime il bisogno di continuità delle cure alla COT per il paziente ricoverato, per il quale si prevede alla dimissione la necessità di supporto per la prosecuzione della presa in carico, configurandosi pertanto una "dimissione protetta". La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico. Alla COT vengono messe a disposizione tutte le sole informazioni

necessarie a garantire la continuità delle cure e attivare il percorso assistenziale più idoneo a rispondere alle necessità manifestate, monitorando il coinvolgimento di tutti gli attori necessari.

3. Attori e Azioni: 1) La Struttura Ospedaliera:
   a) notifica alla COT l'avvenuto ricovero;
   b) rileva il bisogno di continuità della presa in carico alla dimissione;
   c) stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva dotate di score;
   d) comunica tempestivamente (il prima possibile e auspicabilmente entro 48 ore dalla ammissione) alla COT la necessità di supporto post dimissione, prefigurando una "dimissione protetta".

      2) La COT:
   a) comunica a tutti i soggetti interessati l'avvenuto ricovero (es. MMG/PLS, altri servizi che hanno già in carico il paziente - eventuale Centrale Operativa ADI, ecc.) in modo da informare e consentire il rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
   b) raccoglie il bisogno espresso dalla struttura richiedente;
   c) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, all'UVM;
   d) monitora tutte le fasi del processo.

4. Supporti tecnici e informativi necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:
   a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
   b) possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
   c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

5. II Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: a seguito della valutazione e della formulazione da parte dell'UVM, laddove necessaria, di una proposta di setting di destinazione e delle conseguenti informazioni necessarie ed essenziali desumibili dal PAI (comprensivo di obiettivi, tempistiche, modalità definite), la COT attiva il servizio o la struttura appartenente al setting assistenziale individuato (es. ADI, OdC, struttura riabilitativa, Hospice, RSA, ecc.). La COT, quindi, raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera, pianifica e organizza il momento della dimissione e la transizione verso il nuovo setting territoriale individuato, sulla base delle condizioni del paziente.

6. Attori e Azioni: 1) La COT:
   a) Supporta l'individuazione della struttura/servizio di destinazione specifica;
   b) attiva/prenota la struttura/servizio territoriale individuato e i relativi professionisti/servizi coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
   c) coordina tutte le risorse necessarie al trasferimento;
   d) registra le informazioni relative al trasferimento.

2) La Struttura Ospedaliera: mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia accompagnando alla dimissione.

7. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

a) cruscotto dei pazienti in dimissione (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, programmazione primo accesso al domicilio, ecc.) comprensiva di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
b) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti al domicilio, ecc.);
c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.) e con la possibilità di "riservare" la risorsa;

8. III Fase - Attuazione della transizione**:** La COT organizza il momento della dimissione dall' ospedale al setting territoriale di destinazione attivando e organizzando i servizi necessari.

9. Attori e azioni**:** la COT:

1. verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
2. attiva gli attori necessari per la corretta presa in carico del paziente;
3. verifica l'avvenuta dimissione e l'avvenuta presa in carico da parte del servizio/strutture territoriale preposto;
4. supporta l'organizzazione del primo accesso da parte dei professionisti della salute;
5. monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
6. notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

10. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione (dimissione protetta) è necessario disporre di:

a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;
b) sistema informatico dove registrare i dati necessari per gestire la programmazione delle transizioni "intermedie" previste in modo da consentire alla COT di disporre di un monitoraggio anche della programmazione delle attività oltre che delle transizioni "in itinere".

H. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Ospedale

1. Il Territorio (rappresentato dai suoi diversi setting) esprime il bisogno di un ricovero ospedaliero (ammissione protetta) non a carattere di urgenza, ma programmabile.

2. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso, concorda la necessità di un accesso ospedaliero programmabile. A fronte della necessità viene emessa una prescrizione/richiesta di attivazione della procedura con le relative informazioni sui bisogni e condizioni del paziente (es. necessità ossigeno o specifici presidi, presenza di accompagnatore, possibilità di trasporto da sdraiato/seduto, ecc.).

3. La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni, prendendola in carico.

4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o il medico palliativista/medico del distretto o chi ha in gestione il caso:

a) ravvisa il bisogno di un intervento che prevede un accesso ospedaliero programmabile e predispone la prescrizione/richiesta;
b) invia alla COT la prescrizione/richiesta.

2)La COT:
a) prende in carico la prestazione/richiesta
b) Integra informazioni sul caso

5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) Sistema di ricezione delle notifiche;
b) Possibilità di recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico assistenziali specifiche (es. trasportabilità, utilizzo di particolari presidi, presenza di un accompagnatore);
c) Possibilità di recuperare informazioni sulla prestazione richiesta per cui è necessario un accesso in ospedale (es. sostituzione di catetere venoso centrale, PEG, programmazione di visite specialistiche o esami diagnostici);

6. II Fase - Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione: la COT, accedendo alle liste di attesa e alle agende di prenotazione, propone al richiedente la struttura ospedaliera più idonea con le relative disponibilità di appuntamento. Il servizio territoriale richiedente conferma la proposta sulla base della situazione clinica e organizzativa del paziente, lo informa e insieme alla COT organizza il trasporto. La COT fissa l'appuntamento concordato all'interno dell'agenda ospedaliera prescelta.

7. Attori e azioni: 1) La COT:

a) Accede in forma anonima alle liste di attesa, alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere idonee al caso per la prestazione richiesta per verificare la disponibilità e in forma nominativa relativamente ai soli pazienti di cui gestisce la transizione;
b) propone al richiedente la struttura disponibile individuata;
c) fissa l'appuntamento, supportando la valutazione e gestione delle priorità di risposta da dare
d) facilita, salvo diverse organizzazioni territoriali, la transizione (es. organizzazione dell'appuntamento e accesso) del paziente dal territorio alla struttura ospedaliera individuata.

2) La Struttura/servizio territoriale richiedente:

a) conferma alla COT la proposta di appuntamento;

b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
b) possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture ospedaliere con l'indicazione delle disponibilità per la fase di prenotazione e con la possibilità di riservare la risorsa individuata;
c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

9. III Fase - Attuazione della transizione: La COT traccia e registra il buon esito della transizione del paziente verso la Struttura Ospedaliera individuata. Il documento emesso dall'ospedale al termine della prestazione (es. foglio di ricovero, lettera di dimissione, referto, ecc.) genera una notifica alla COT la quale a sua volta informerà del buon esito della prestazione tutti i professionisti coinvolti. Nel caso in cui la prestazione non sia stata erogata, l'ospedale informa la COT che in accordo con la Struttura/servizio territoriale richiedente, che ha in gestione il caso, riprogramma un nuovo appuntamento.

10. Attori e azioni: 1) La COT:

a) monitora il completamento della transizione e supporta la risoluzione di eventuali problematiche;
b) notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento, riprogrammando un nuovo appuntamento nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

2)Struttura Ospedaliera:

a) effettua la prestazione;
b) a seguito della prestazione emette la documentazione clinica dandone notifica alla COT;
c) eventualmente notifica la non avvenuta prestazione alla COT nel caso di impedimenti.

3) La Struttura/servizio territoriale richiedente:

a) gestisce il paziente nella fase di transizione (es. informazione, coinvolgimento accompagnatori, ecc.);
b) riprende in carico il paziente al termine della transizione in ospedale;
c) in accordo con la COT riprogramma un nuovo appuntamento, nel caso in cui la prestazione non venga erogata.

11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche per la valutazione della rispondenza alle fasi e tempi previsti e con funzionalità di notifica degli scostamenti eventuali;

b) sistema integrato con i principali applicativi di gestione ospedaliera per acquisire accettazione del paziente (prestazioni ospedaliere);
c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).

I. Il ruolo della COT nella transizione Territorio – Territorio

1. Il Servizio sociale/sociosanitario/MMG che ha in carico il soggetto sul territorio esprime il bisogno di modificare/integrare il setting assistenziale della persona.

2. Nel caso in cui si palesa la necessità di assecondare un bisogno sanitario di nuova manifestazione per un paziente che risiede in una struttura a valenza sociale (Comunità Alloggio, ecc.) oppure in una struttura sociosanitaria (RSA, Residenzialità per disabili, ecc.) o al proprio domicilio, la presa in carico di questa necessità esiterà in una transizione verso:

a) un'integrazione di presa in carico con servizi aggiuntivi (transizione tra servizi);
b) una transizione verso struttura sanitaria o altra sociosanitaria territoriale (transizione tra setting).

3. I Fase – Identificazione del bisogno e avvio del processo: il MMG/PLS o chi ha in gestione il caso, previo raccordo con MMG/PLS qualora la richiesta non provenga dallo stesso (es. referente di struttura, ecc.), individua un bisogno di natura clinico- assistenziale pianificabile non a carattere emergenziale, e invia una segnalazione alla COT. La segnalazione deve contenere la descrizione del bisogno, l'ipotesi di intervento necessario, le principali informazioni sul caso (es. diagnosi, descrizione della disabilità, grado di autonomia, ecc.). La COT visualizza la nuova richiesta attraverso il sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni), prendendola in carico.

4. Attori e azioni: 1) MMG/PLS o chi ha in gestione il caso (es. referente di struttura, ecc.), previo raccordo con MMG/PLS:

a) individua un bisogno di natura clinico-assistenziale pianificabile che prevede una nuova/ulteriore presa in carico sanitaria;
b) produce una scheda di valutazione del bisogno del paziente con le principali informazioni;
c) notifica la prescrizione/richiesta alla COT nel cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni;
d) informa il paziente/caregiver della avvenuta richiesta.

2)La COT:

a) prende in carico la richiesta;
b) si attiva, se necessario, in accordo con il Distretto, per far effettuare l'UVM e per la conseguente definizione del PAI;
c) integra le informazioni e funge da facilitatore tra tutti i professionisti coinvolti;
d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alla UVM.

5. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia, dei dati sulla complessità del caso e dei bisogni;
b) possibilità di verificare per il caso specifico servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente;
c) mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, disponibilità posti letto, referenti, ecc.);

6. II Fase - Identificazione del setting e Coordinamento della transizione: La COT, sulla base degli esiti della valutazione/rivalutazione/richiesta, verifica la disponibilità da parte dei servizi o delle strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato, appropriate in termini di prossimità e di bisogni clinico-assistenziali ravveduti, attraverso la mappatura aggiornata di tutti i servizi della rete territoriale, con tutte le informazioni necessarie (es. strutture, posti letto, referenti, liste di attesa, ecc.). Una volta individuata la struttura o il servizio più idoneo, la COT provvede a contattarla e a pianificare la presa in carico, e quindi la transizione. Successivamente, notifica l'avvenuta pianificazione della transizione al soggetto richiedente e a tutti gli altri attori coinvolti nel processo (MMG/PLS ecc.).

7. Attori e Azioni:

1. La COT:

a) raccoglie e trasmette le informazioni utili a gestire la transizione (es. bisogni specifici, personalizzazione della presa in carico, ecc.);
b) supporta l'individuazione del servizio/struttura di destinazione;
c) effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato;
d) attiva/prenota la struttura o il servizio territoriale individuato e i relativi professionisti coinvolti (es. assistente sociale del comune, servizi di Telemedicina, ecc.);
e) si interfaccia con il soggetto richiedente per gli aspetti organizzativi e logistici della transizione;
f) pianifica la transizione.

2. La Struttura/servizio Territoriale richiedente:

a) riceve notifica, da parte della COT, di avvenuta individuazione della struttura/servizio sanitaria/sociosanitaria idonea;
b) conferma/approva la proposta ricevuta;
c) riceve la notifica di tutti gli aspetti organizzativi e logistici della transizione, da parte della COT;
d) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia, accompagnandolo nella transizione.
e) La Struttura/servizio Territoriale di destinazione:
f) conferma la disponibilità alla presa in carico;
g) pianifica la transizione, unitamente alla COT.

8. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con lo stato di avanzamento (es. esito UVM, ecc.) comprensivo di funzionalità di notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi);
b) sistema per la "prenotazione/impegno" della risorsa/servizio individuati.
c) sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. servizio pasti a domicilio, ecc.).
d) database delle strutture/servizi territoriali con l'indicazione delle eventuali disponibilità (mappatura).

9. III Fase - Attuazione della transizione: la COT organizza e monitora la transizione e verifica che il primo accesso alla struttura di destinazione o al domicilio sia avvenuto secondo quanto programmato, dandone notifica a tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico.

10. Attori e azioni:

1. La COT:

a) verifica la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati;
b) attiva gli attori per la corretta presa in carico del paziente;
c) monitora lo stato della transizione e del primo accesso nella sede di destinazione;
d) in caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione;
e) notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito della transizione e ne garantisce l'adeguato aggiornamento.

2. La Struttura/servizio territoriale di destinazione:

a) prende in carico il paziente;
b) mantiene il contatto con il paziente e la sua famiglia.

11. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase: limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata una richiesta di transizione è necessario disporre di:

a) cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni con funzionalità di reportistica anche comprensiva della notifica degli scostamenti rispetto al processo atteso (fasi e tempi)
b) sistema di notifica esito transizione al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere (es. pasti a domicilio, ecc.).

J. Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – Telemonitoraggio e/o Telecontrollo - (DM 29 aprile 2022)

1. **I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta:** nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa e automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico e informando la Centrale operativa ADI ove presente o il servizio preposto all'erogazione del telemonitoraggio secondo l'organizzazione locale. Nel caso in cui venga ravvisata la

necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiva l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo.

2. Attori e azioni:
   1. MMG/PLS o il medico specialista:

      a) ravvisa il bisogno di monitorare da remoto i parametri vitali di un paziente;
      b) invia alla COT la prescrizione/richiesta;
      c) informa il paziente/caregiver dell'avvenuta richiesta.

   2. La COT:
      a) prende in carico la richiesta;
      b) informa la Centrale Operativa ADI (ove presente) o il servizio preposto secondo l'organizzazione locale;
      c) attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta;
      d) visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

3. Supporti tecnici ed informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase limitatamente ai pazienti per i quali è stata inviata la richiesta di attivazione, è necessario disporre di:
   a) sistema di ricezione delle notifiche di richiesta delle transizioni (sezione del cruscotto di gestione e monitoraggio delle transizioni) corredata delle informazioni anagrafiche, contatti del paziente e/o famiglia e dati sulla complessità del caso e del bisogno;
   b) possibilità di verificare i servizi attivi/già attivati (sanitari, sociosanitari, sociali) sul paziente.

4. II Fase – Attivazione ed erogazione: l'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT. La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi) ed è organizzata dalla Centrale Operativa ADI, ove presente o dal servizio preposto secondo l'organizzazione locale. La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo. Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina, il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si deve occupare di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti). Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

5. Attori e azioni:
   1. Personale sanitario che ha in carico il paziente per il telemonitoraggio/telecontrollo:

      a) provvede alla consegna dei dispositivi prescritti, eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi;
      b) provvede alla formazione del paziente e/o caregiver;

c) rappresenta il riferimento per il paziente e/o caregiver per la gestione del telemonitoraggio/telecontrollo.

2. La COT:

a) attiva il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo;

b) monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo;

3. Paziente/Caregiver (telecontrollo): Fornisce dati relativi al proprio stato di salute (PGHD);

6. Supporti tecnici e informazioni necessari alla COT per assolvere alle funzioni della fase II:

1. sistema di notifica al MMG/PLS e ad altri soggetti coinvolti o da coinvolgere;
2. cruscotto su dati di salute anonimi derivanti da strumenti di telemedicina ai fini di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Allegato C

Modello organizzativo e tipologie dell' Ospedale di Comunità (OdC)

A. Localizzazione dell'OdC e contiguità con altre strutture sanitarie

1. L'OdC, in virtù della sua specifica funzione di transizione tra diverse modalità e/o strutture di assistenza, può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

2. Ai fini dell'inserimento dell'OdC nella rete socio sanitaria territoriale occorre valutare diversi aspetti quali, ad esempio, il contesto demografico e sociale di riferimento, la dotazione infrastrutturale e la possibile riconversione di edifici esistenti e/o la realizzazione di una nuova costruzione.

3. Al fine di favorire l'efficacia del servizio sia per gli utenti che per gli operatori sanitari è preferibile allocare l'OdC presso una Casa della Comunità (di tipo Hub), magari in compresenza anche di una COT.

4. Gli Ospedali di Comunità (con o senza CdC e/o COT) possono inoltre essere localizzati all'interno di poli ospedalieri o edifici socio-sanitari già operativi ad esempio all'interno di un padiglione ospedaliero o su un piano di un ospedale monoblocco oppure in presidi autonomi all'interno di edifici esistenti oppure con la realizzazione di una nuova costruzione. Tale scelta può essere valutata in relazione alla disposizione di edifici esistenti e/o di terreni ove poter inserire nuovi edifici, che devono tuttavia essere ben inseriti nel contesto territoriale e infrastrutturale, al fine di aumentarne l'accessibilità inclusiva.

5. Per definire la più adeguata localizzazione di un OdC, occorre analizzare:

a. la rete dei servizi sanitari e socio-complementari esistenti e programmati (per i rapporti di prossimità funzionale e per la gestione di eventuali emergenze sanitarie);

b. il bacino d'utenza attuale e potenziale (dati demografici e sanitari) per ogni distretto (per definirne il dimensionamento);

c. il sistema infrastrutturale esistente e programmato (per accessibilità delle aree);

d. il sistema ambientale in tutta la sua complessità (per localizzazione in aree di qualità ambientale e minore rischio climatico);

e. possibile disponibilità e localizzazione di aree ed edifici di proprietà delle Aziende.

6. Le analisi di cui al comma precedente sono utili all'individuazione di alcune possibili aree o edifici da adibire a OdC e valutare le possibili alternative in funzione di:

a. dimensionamento, appropriatezza dell'area o adattabilità dell'eventuale edificio esistente;

b. posizionamento ottimale rispetto ai flussi e al bacino d'utenza;

c. accessibilità (pubblica e privata) e visibilità dell'area.

7. È preferibile, ove disponibili strutture in disuso nel territorio comunale, allocare un OdC integrato con la CdC e COT in un edificio esistente per permettere rigenerazione urbana, ridurre l'impatto sull'ambiente e permettere la valorizzazione patrimonio costruito esistente: il riuso di edifici dismessi o sottoutilizzati (ad esempio nel caso di edifici sanitari), favorisce la riorganizzazione della rete sanitaria e al

contempo consente la riqualificazione di comparti urbani, grazie all'inserimento di nuovi servizi e funzionalità.

8. In relazione all'analisi sulle potenzialità di riuso di edifici esistenti, o di parte di essi, per la realizzazione di un OdC, è necessario preventivamente accertare l'assenza di vincoli e/o condizioni che rendano difficile il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici, ambientali e organizzativi oltre che delle condizioni di comfort e benessere degli utenti. A tale scopo è opportuno esaminare almeno i seguenti vincoli:

a. storici e artistici;
b. economici, connessi all'asseto delle proprietà, alla tipologia strutturale e costruttiva dell'edificio, e alle doverose opere da integrare, soprattutto dal punto di vista impiantistico;
c. urbanistici e localizzativi;
d. accessibilità;
e. dimensionali dell'area e/o dell'edificio di riferimento.

Al fine di adottare una scelta adeguata e coerente in merito a queste specificità, occorre effettuare un'analisi preliminare dell'efficacia e convenienza di riutilizzo del patrimonio esistente. Tale scelta deve essere attuata al fine di garantire un'adeguata accessibilità dell'area in particolare alle categorie fragili, principali utenti dell'OdC. Alla rilevazione dei bisogni di salute del bacino d'utenza e all'analisi delle caratteristiche di accessibilità si unisce la verifica delle caratteristiche naturali e antropiche del territorio fisico di riferimento, soprattutto in quei casi in cui l'OdC risponde alle esigenze di più contesti urbani, e pertanto deve essere localizzato in aree che possano garantire un'adeguata raggiungibilità e fruibilità della struttura.

9. In relazione alla disponibilità di strutture esistenti e/o aree libere (adeguate alle necessità della funzione da ospitare), è preferibile che:

1. se l'OdC ha un bacino che corrisponde a un intero Comune o una parte, essa venga localizzata all'interno del contesto urbano – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico;
2. se l'OdC serve invece più Comuni, è necessario valutare di localizzare la struttura:
   a. in un'area baricentrica rispetto ai centri urbani, se il numero di cittadini è similare tra un Comune e l'altro, per garantire equità tra tutti – purché l'area sia facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il traposto pubblico;
   b. all'interno del centro urbano di uno dei comuni di riferimento, magari quello con un bacino di utenti maggiore – purché facilmente accessibile e raggiungibile da tutti i cittadini anche con il trasporto pubblico.

B. Definizione macro-aree, Aree funzionali e Unità ambientali

1. Le diverse funzioni dell'OdC si articolano nelle seguenti n.2 macro-aree omogenee per tipologia di funzione da erogare:

1) Macro-Area DEGENZA, che ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali degenze, ambulatori e aree per la riabilitazione, composta da 1 o 2 moduli da 20 posti letto ciascuno;

2) Macro-Area GENERALI E LOGISTICI che accoglie tutte le funzioni non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura quali accoglienza utenti e personale sanitario, aree logistiche e locali tecnici. Questa macro-area può essere suddivisa in:

a) servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP, area amministrativa, ecc.);
b) servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.);
c) servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
d) locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA, ecc.).

2. Ogni Macro-area è suddivisa in Aree funzionali e ogni Area Funzionale è composta da unità ambientali (singoli ambienti fisici), che possono essere:

a) unità ambientali operative, che caratterizzano l'area funzionale e il servizio da erogare;
b) unità ambientali per i servizi annessi e di supporto, cioè i locali che utili per lo svolgimento delle funzioni quali depositi, locali lavoro, ecc., che possono essere in comune con altre aree funzionali;
c) unità ambientali per l'accoglienza pazienti e caregiver, cioè gli spazi destinati agli utenti e accompagnatori, che possono essere in comune con altre aree funzionali.

3. La Macro-area Degenza ospita esclusivamente l'area degenza comprendente tutti i servizi di ricovero degli utenti. In essa sono previste le seguenti unità ambientali:

a) Camere di degenza singola o doppia (tripla o quadrupla), comprensive di servizio igienico dedicato
b) Camere protette, comprensive di servizio igienico dedicato
c) Ambulatorio e locale medicazioni
d) Locale dedicato all'attività riabilitativa Soggiorno commune

4. All'interno della macro-area degenza devono essere previsti nello specifico, come indicato nell'Intesa Stato- Regioni del 20 febbraio 2020, Allegato A, punto 2 dei requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale:

a. per il percorso pubblico: un'area comune di attesa per utenti (accompagnatori e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
b. per il percorso sanitario una serie di servizi annessi e di supporto comuni, quali:
    - depositi sporco/pulito;
    - un deposito attrezzature e presidi medici;
    - un locale infermieri e relativa postazione controllo infermieri;
    - un locale medici;
    - una tisaneria;
    - servizi igienici per il personale suddivisi per genere.

5. Con riferimento all'Intesa Stato-Regioni sui Requisiti Minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico-assistenziale l'OdC deve essere dotato di camere singole e da 2 a 4 posti letto. Vista la specifica categoria di utenti fragili e le criticità delle camere quadruple messe in luce dalla pandemia da COVID-19, è preferibile realizzare camere esclusivamente singole e doppie (e non triple e quadruple), salvo ovviamente particolari esigenze specifiche del contesto edilizio-territoriale di riferimento.

6. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, cioè camere singole con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a

domicilio o in dimissione ospedaliera, in prossimità delle aree infermieristiche e delle palestre riabilitative, secondo i riferimenti di legge. Tali ambienti devono essere attrezzati con arredi appropriati alla tipologia di utenza a tutela della loro sicurezza e incolumità.

7. La Macro-area Servizi Generali e Logistici ospita tutti i servizi relativi a:
   a) SERVIZI GENERALI in cui rientrano tutti i servizi di accoglienza sia per gli utenti e il personale sanitario;
   b) AREA LOGISTICA in cui si considerano le aree dei magazzini economali, l'isola ecologica, ecc
   c) LOCALI TECNICI in cui rientrano la centrale tecnologica, locali UTA, ecc.

In relazione alle indicazioni definite dal DM 77 e all'adeguata erogazione dell'attività sanitaria, i servizi generali e logistici sono Obbligatori.

8. Nella macro-area Servizi Generali e Logistici, tra le aree funzionali ritenute facoltative vi sono la Cucina e la Lavanderia. Si tratta di servizi raccomandati per lo svolgimento delle attività sanitarie, ma quest'ultime possono essere effettuate in outsourcing.

9. Per ciascuna area funzionale sono previsti i seguenti locali:

SERVIZI GENERALI	Accoglienza utenti (Area accoglienza, Area di attesa /soggiorno, Servizi igienici utenti suddivisi per genere) Accoglienza personale sanitario (Spogliatoi suddivisi per genere, Servizi Igienici per il
AREA LOGISTICA	Magazzini – depositi (Magazzino / Deposito sporco, Magazzino / Deposito pulito, Sosta salme) Area pulizia (Deposito)
LOCALI TECNICI	Locale Unità Trattamento dell'Aria (UTA), ove presente

10. In caso di OdC realizzata all'interno di poli ospedalieri o edifici sanitari già operativi (edifici interi e/o porzioni di esse) oppure di OdC integrate con CdC e/o COT, diverse aree funzionali non sanitarie afferenti alla Macro- area Servizi Generali e Logistici possono essere in comune e/o condivisione, quali per esempio l'area accoglienza, aree di deposito, spogliatoi per il personale, aree tecnologiche, ecc.

Tabella con l'elenco delle Macro-Aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per l'OdC

Unità Funzionali dell'OdC			indicazioni OdC
MACROAREA	AREE FUNZIONALI		METAPROGETTO
DEGENZA	**AREA DEGENZA**		
	Servizio di degenza low-care	AREA DEGENZA	Obbligatorio
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	**AREA SERVIZI GENERALI**		
	Servizi di accoglienza per gli utenti e il personale sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ACCOGLIENZA PERSONALE	Obbligatorio ma può essere in condivisione
	AREA SERVIZI LOGISTICI		
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura sanitaria	MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		AREA PULIZIA	Obbligatorio ma può essere in condivisione
		CUCINA	Facoltativo
		LAVANDERIA	Facoltativo
	AREE LOCALI TECNICI		
	CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI e CENTRALE TECNOLOGICA, UTA, ecc.	Obbligatorio ma può essere in condivisione

11. In relazione ai flussi principali è preferibile un unico ingresso pubblico centrale e riconoscibile che possa indirizzare l'utente verso le funzioni presenti nella struttura e la presenza di possibili accessi secondari (sanitari, merci, ecc.) che possano – in caso di esigenza- supportare la gestione di flussi separati di entrata e/o uscita.

12. Se l'OdC è allocato all'interno di una struttura sanitaria con più servizi sanitari, è preferibile garantire gli accessi in condivisione con la struttura ospitante ma separabili in caso di emergenza.

13. È preferibile, ove possibile, garantire due corridoi per suddividere i percorsi del pubblico e quelli sanitari, e in caso di strutture a sviluppo verticale, garantire ascensori differenziati.

C. Relazioni funzionali e spaziali dell'OdC

1. In riferimento alle relazioni funzionali e, nello specifico, quelle spaziali, è necessario assicurare la compattezza dell'intero complesso al fine di ottimizzare i percorsi e rendere pressoché contigue aree funzionali che necessitano di un'effettiva vicinanza.

2. Occorre definire e individuare le relazioni (funzionali e spaziali) delle diverse unità funzionali presenti nella struttura attraverso due matrici che evidenziano rispettivamente:

a. la relazione funzionale, ovvero il livello di relazione funzionale (alto, medio, standard, basso) tra due funzioni sanitarie o non sanitarie. Viene valutato il livello di collegamento che le due attività hanno in termini di servizio;
b. la relazione spaziale, cioè il livello di prossimità e vicinanza che due funzioni devono avere tra di loro all'interno della struttura.

3. Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, di cui al precedente articolo 3, comma 6. Tali degenze devono essere di tipo singolo ed essere le più prossime alla postazione controllo infermieri.

D. Dimensionamento complessivo dell'OdC

1. Il dimensionamento dell'OdC deriva dalla tipologia organizzativa, ad esempio se collocato all'interno di edificio esistente o di una CdC, e dal numero di posti letto. Esso è variabile a seconda delle risultanze delle indagini preliminari alla progettazione a scala territoriale e locale.

2. Secondo le indicazioni organizzative di cui al DM 77 e in relazione alla programmazione degli OdC, il dimensionamento medio per un OdC da 20 pl può attestarsi indicativamente come suggerito nella tabella riportata di seguito.

Dimensionamento	OdC
Superficie Lorda di Pavimento (SLP)	**1.000 mq circa**

3. I dimensionamenti, che corrispondono ai valori minimi individuati, possono variare in relazione a una serie di fattori dovuti alla tipologia edilizia (monoblocco, a corte, torre, ecc.) e distributiva (corpo doppio, triplo o quintuplo). Per SLP si intende la Superficie Lorda di Pavimento di tutti gli spazi dell'OdC e quindi relativi:

a) alle degenze;
b) agli spazi pubblici: un'area comune di attesa per utenti (pazienti diurni e caregiver) e i servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere;
c) ai servizi annessi e di supporto per lo svolgimento dell'attività sanitaria e non;
d) alla distribuzione dei percorsi.

4. Per il dimensionamento minimo dei locali si rimanda ai riferimenti di accreditamento regionale e al DPR 14/01/1997.

E. ODC integrato con la CDC e/o la COT

1. L'OdC può essere insediato all'interno di una struttura che ospita anche una CdC e/o COT. In tal caso diversi spazi associati alla Macro-Area Servizi Generali e Logistici possono essere dimensionati in maniera tale da efficientare l'uso degli spazi.

2. La localizzazione delle funzioni deve garantire in particolar modo la prossimità tra l'OdC e la macro-area specialistica della CdC (ambulatori specialistici, diagnostica di base, ecc.), in caso di evenienza.

F. Caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ODC

1. La flessibilità degli spazi è fortemente dettata anche dalla maglia strutturale dell'edificio. Negli interventi di nuova realizzazione è preferibile introdurre una maglia strutturale regolare, possibilmente quadrata che possa permettere una serie di configurazioni dei layout per configurazioni future e futuribili.

2. L'impianto complessivo della struttura sanitaria e le soluzioni tecnico-costruttive devono garantire diversi gradi di flessibilità di scala differente: per l'intero complesso, per aree funzionali, per singolo ambiente. Nello specifico:

a) il primo livello di flessibilità è quello dell'impianto complessivo, che deve consentire che siano già individuate le possibili aree di ampliamento e che queste siano coerenti con l'impianto originario, anche con strutture temporanee e tensostrutture;
b) il secondo livello di flessibilità che deve essere assicurato investe la effettiva trasformabilità delle aree funzionali;
c) il terzo livello di flessibilità, altrettanto importante, è la trasformabilità delle singole aree funzionali, ovvero la possibilità di modificare agevolmente le unità ambientali di base e questo implica l'uso di materiali e soluzioni tecnologiche appropriate, con tecnologia a secco, su una maglia ordinatrice e con uno spazio tecnico di servizio distribuito in maniera uniforme.

3. Per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria è necessario adoperare le tecnologie più consone alla funzione da erogare, in relazione al ciclo di vita della struttura e alle sue possibili configurazioni future e futuribili. Le scelte costruttive devono poter garantire caratteristiche di flessibilità.

4. In relazione alla tipologia di intervento (nuova costruzione e riuso), l'edificio deve essere realizzato con una struttura e sistemi di compartimentazione con caratteristiche REI secondo i riferimenti di legge relativi alle strutture sanitarie e i materiali utilizzati per le finiture devono avere un'adeguata resistenza al fuoco. L'edificio deve essere progettato in modo tale da circoscrivere e limitare la propagazione di un eventuale incendio, suddividendo la struttura in compartimenti, distinguendo aree con diverse caratteristiche in funzione delle attività svolte.

5. In aggiunta, sempre in relazione alle disposizioni di legge, l'edificio deve garantire il minimo disagio in caso di sisma e/o emergenza ambientale.

6. È preferibile adoperare materiali comuni che vengono adoperati tradizionalmente, quali il PVC o linoleum, pannelli metallici, ecc. che garantiscono una facile manutenzione e sanificazione, poiché assenti di fughe.

7. È necessario adoperare materiali sempre più performanti, duraturi e facilmente sanificabili in relazione alle esigenze;

8. L'assenza di materiali antibatterici e antivirali può essere superata da un'attenta, regolare e costante sanificazione. Una particolare attenzione deve essere posta alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti e lavandini, scrivanie, sedie, ecc.).

9. È preferibile che l'ingresso alla struttura sanitaria sia uno e riconoscibile. L'ingresso dei visitatori da collocarsi verso la parte di edificio aperta al pubblico, deve essere facilmente identificabile e accessibile.

10. L'area d'ingresso deve coincidere con l'inizio della simil main street, corridoio del pubblico, oltre che con le aree d'informazione, prenotazione e accettazione. Per i servizi logistici invece è preferibile garantire almeno un accesso per facilitare l'ingresso e l'uscita delle merci.

11. È preferibile garantire accessi secondari che possano essere adoperati per diversi scenari ed esigenze organizzative della struttura sanitaria, quali per esempio: garantire l'estensione della struttura con componenti prefabbricati e/o tensostrutture, garantire accessi compartimentati utili per le attività di primo soccorso ed/o similari, ecc.

12. È preferibile differenziare i flussi tra utenti diurni e personale sanitario:
    a. percorso pubblico: per percorso pubblico si intende il percorso degli utenti diurni e dei visitatori, del pubblico in generale. Gli utenti devono accedere all'atrio dall'ingresso principale della struttura, in corrispondenza dell'area accoglienza e del CUP. Tale distribuzione consente di accogliere e separare il flusso dei visitatori da quello degli interni, garantendo un elevato controllo e il quieto e ordinato svolgersi delle attività sanitarie.
    b. percorso sanitario / tecnico: il percorso del personale deve essere generalmente separato da quello pubblico e può coincidere con il percorso tecnico/logistico.

13. L'organizzazione dei percorsi della struttura deve essere realizzata tenendo in considerazione la tipologia edilizia:
    a) se a sviluppo orizzontale diventa strategico garantire un adeguato sistema di wayfinding che permetta agli utenti di raggiungere le diverse aree sanitarie e non;
    b) se a sviluppo verticale, oltre a garantire un sistema di wayfinding chiaro e immediato, gli ascensori devono essere facilmente riconoscibili, devono aprirsi e chiudersi in modo veloce e silenzioso, essere affidabili nel tempo ed essere correttamente dimensionati per garantirne l'utilizzo a persone non autosufficienti (con carrozzina e accompagnatore). Quest'ultimi devono essere differenziati per i due differenti percorsi.
       Gli ascensori per il pubblico devono essere adeguati ai volumi di attività che devono essere debitamente calcolati e devono essere posti in corrispondenza degli spazi d'accoglienza e facilmente individuabili.

14. Occorre ottimizzare i percorsi interni alla struttura sanitaria mediante progettazione di segnaletica che dia origine a un sistema di wayfinding capace di aiutare l'utente a riconoscere adeguatamente i percorsi e gli spazi sanitari, agevolando l'organizzazione dei flussi e gli accessi alle molteplici aree funzionali.

15. Deve essere prevista una segnaletica facile da comprendere per supportare l'orientamento del personale e la comprensione dei percorsi.

16. Devono essere previsti arredi e attrezzature adeguati alle attività da svolgersi e deve essere garantita sicurezza per gli utenti. In aggiunta devono essere garantiti la relativa totale idoneità e affidabilità per il funzionamento, e, altresì, il mantenimento del valore e la funzionalità nel tempo.

17. Occorre assicurare la qualità ambientale e gli aspetti sociali degli spazi sanitari per il raggiungimento di un'efficiente qualità degli ambienti per tutte le diverse tipologie di utenti mediante forma, illuminazione, viste, materiali di finitura e scelte cromatiche, nonché arredi, ergonomia, ecc.

18. Occorre prevedere spazi per garantire il benessere psico-fisico di tutti gli individui coinvolti (pazienti, personale sanitario e visitatori), nonché l'efficienza lavorativa dello staff sanitario. Tali spazi possono essere interni alla struttura, in prossimità delle aree funzionali o delle aree verdi, preferibilmente con una varietà di spazi, diverse sedute e punti di isolamento per garantire la privacy degli utenti.

19. Occorre prevedere i giardini sulle coperture e nelle corti interne, unitamente alle pareti verdi, nonché le viste sui parchi in prossimità della struttura sanitaria. In particolare cortili interni, terrazze e tetti verdi aperti ai pazienti, ai familiari e al personale sanitario, non solo per le attività terapeutiche e riabilitative ma anche per trascorrere momenti di relax e pausa.

20. Deve essere garantita la presenza di luce naturale in tutti i locali operativi (ad esclusione di quelli specifici per l'area di diagnostica di base, ove presenti) e dove c'è persistenza di utenti, attraverso la presenza di viste verso l'esterno, corti verdi, ecc. In ogni caso, a supporto delle attività da svolgersi, è preferibile che la quantità di luce artificiale sia variabile in termini di intensità.

21. Devono essere previsti sistemi di ventilazione meccanizzati; per quanto concerne l'aerazione naturale, il ricambio dell'aria deve essere garantito in parte dalle finestrature che devono essere previste sull'involucro esterno.

22. Gli infissi possono avere un grado di permeabilità all'aria più o meno alto in modo tale da favorire l'ingresso di aria esterna dai giunti, o da altri elementi che compongono l'infisso oppure serramenti particolari con meccanismi meccanici di apertura di fessure che permettono l'ingresso dell'aria.

23. Nella fase di progettazione e realizzazione occorre assicurare che tutte le componenti edilizie e impiantistiche garantiscano agli impianti non solo la totale idoneità e affidabilità per il relativo funzionamento, ma anche il mantenimento del valore e della funzionalità nel tempo.

24. È opportuno privilegiare soluzioni che permettano una regolare gestione e manutenzione degli impianti, nonché un'adeguata igienizzazione e sanificazione per la sicurezza di lavoratori e utenti. In generale, particolare attenzione deve essere rivolta a:

a. ispezionabilità degli impianti;
b. facilità di eventuali verifiche dei parametri prestazionali;
c. facilità di pulizia e sanificazione delle canalizzazioni.

25. In relazione alla tipologia di intervento –nuova costruzione, riuso di un edificio in disuso oppure intervento all'interno di una struttura sanitaria- le soluzioni tecnologiche e impiantistiche possono fortemente variare e quindi vanno valutate caso per caso. In generale però– ove possibile – è preferibile introdurre e/o aggiornare il sistema impiantistico. Una particolare attenzione deve essere ricondotta alla riduzione dell'impatto ambientale di tali strutture con strategie di efficientamento energetico. Occorre impiegare mezzi di generazione del miglior livello tecnologico di efficienza e quando possibile ricorrere all'integrazione della produzione termica ed elettrica, tramite l'installazione di impianti cogenerativi.

26. È necessario, in riferimento alle missioni e obiettivi del PNRR, assicurare l'efficientamento energetico anche mediante piccoli dettagli di funzionamento, ad esempio le riduzioni delle quantità d'aria e d'acqua in circolo, in relazione all'operatività discontinua e prevedibile delle strutture, promuovendo l'utilizzo estensivo di sistemi impiantistici a portata variabile, o anche l'installazione di recuperatori di calore, indispensabile ausilio al risparmio di energia negli impianti a tutt'aria esterna.

27. Per garantire flessibilità e adattabilità degli spazi e impianti, nella progettazione e realizzazione si devono adottare soluzioni che consentano un facile cambiamento di utilizzo, si devono definire a priori

possibilità di espansione interna o esterna, sempre nella logica che la struttura deve essere adattabile in modo ottimale alle funzioni.

28. È necessario assicurare in maniera elevata il comfort per gli ospitati in condizioni di fragilità: in questa ottica devono essere garantite le condizioni termo-igrometriche. In generale l'OdC deve essere dotato di un'impiantistica di condizionamento che garantisca un comfort opportuno per tutti, e al contempo garantisca un'adeguata qualità dell'aria, come indicato anche nei documenti suggeriti dall'Istituto Superiore di Sanità.

29. Trattandosi di aree low-care, tra i sistemi si possono introdurre dei sistemi a tutt'aria che possano risultare ottimali per una facile pulizia e manutenzione, nonché assenza di possibile discomfort acustico.

30. Deve essere disponibile per tutti i giorni dell'anno l'approvvigionamento e la distribuzione idrica.

31. È preferibile un sistema di edificio intelligente che consenta il controllo, preferibilmente automatico o rimandato ad operatori, della situazione di attività dei diversi settori dei diversi impianti e consenta, con il fermo o la riduzione di attività degli impianti o delle attrezzature in periodi di non uso o di uso limitato, consistenti risparmi.

32. Per tutti i requisiti tecnici, il documento rimanda ai riferimenti di legge presenti in materia a livello nazionale e regionale.

33. Per quanto non esplicitato si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, recepita con la deliberazione di Giunta regionale n.134 del 15/02/2022.

Il Dirigente di Sezione

Mauro Nicastro

Mauro
Nicastro
14.12.2022
11:54:22
GMT+00:00

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38".

Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 27 luglio 2020:

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 197, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", che ha previsto l'attivazione delle reti delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di assicurare ai pazienti risposte assistenziali su base regionale, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e, in tale quadro, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento con un coordinamento a livello regionale ed uno a livello locale, nonché l'integrazione sanitaria e sociosanitaria, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e le attività territoriali della medicina generale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR), di approvazione del documento "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", che prevede una regia centralizzata a livello regionale e una struttura di coordinamento a livello locale, al fine di garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore in modo omogeneo e di pari qualità sul territorio nazionale;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, nonché i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA l'Intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 32/CSR) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione, da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento, e per la prima volta tratta, nell'Allegato sub A, di un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", ed in particolare:
- l'articolo 21 che assicura l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, nonché la stesura di un piano di assistenza individuale (PAI) che definisce i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali;
- l'articolo 23 che garantisce, nell'ambito della rete di cure palliative e attraverso le unità di cure palliative domiciliari, la presa in carico a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci al fine della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita;
- l'articolo 31 che, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, l'assistenza sociosanitaria residenziale nei centri di cure palliative specialistiche – hospice o nell'ambito dell'assistenza territoriale anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera;
- l'articolo 38 che include, tra le prestazioni del ricovero ordinario per acuti, anche le cure palliative;

VISTO l'Accordo stipulato in data 17 aprile 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale" (Rep. Atti n. 59/CSR) e, in particolare, il punto 1.6.4 laddove prevede che, a garanzia della continuità delle cure tra i diversi professionisti intra ed extra ospedalieri nei PDTA dei pazienti oncologici, siano coinvolte le reti locali di cure palliative che operano attraverso percorsi assistenziali integrati a livello domiciliare, residenziale, in regime di ricovero ordinario per acuti e di assistenza specialistica ambulatoriale, con team interdisciplinari dedicati e formati;

VISTA la nota del Ministero della salute del 7 aprile 2020 e diramata alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano il 10 aprile 2020, con la quale è stata trasmessa la documentazione indicata in oggetto, ai fini del perfezionamento di un accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni;

VISTA la nota del 19 giugno 2020, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 23 giugno, con la quale il Coordinamento interregionale in sanità ha trasmesso talune osservazioni relative al provvedimento in parola;

VISTA la nota dell'8 luglio 2020, diramata il 10 luglio 2020 dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione del testo del documento in parola, riformulato dal secondo le osservazioni richieste dalle Regioni;

6

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" nella versione diramata con nota del 10 luglio 2020;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, nei seguenti termini:

VISTI:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. che agli articoli da 8 bis a 8-quater disciplina il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e sociosanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;

- il decreto del Ministro della salute 22 febbraio 2007, n. 43, recante "Regolamento recante: definizione degli standard relativi all'assistenza dei malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311";

- il decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", improntato al principio della valorizzazione delle reti integrate ospedale - territorio sia rispetto alle reti tempo dipendenti sia alle reti funzionali che operano in ambiti complessi e, in particolare, l'allegato 1, punto 10 "Continuità ospedale-territorio" laddove prevede la riorganizzazione della rete per garantire la continuità assistenziale, assicurando meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette e la presa in carico post – ricovero attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica e il completamento dell'attivazione degli hospice;

- il decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019, recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";

CONSIDERATO che con decreto del Direttore generale della programmazione sanitaria del 19 luglio 2016, nell'ambito della Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute, è stato istituito un apposito tavolo tecnico di lavoro con esperti della materia e referenti regionali, che ha prodotto un documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete di CP e TD pediatrica;

CONSIDERATO, altresì, che l'obiettivo generale del presente accordo consiste nell'introduzione di un sistema di accreditamento della rete, quale presupposto per il governo clinico dei percorsi di cura e assistenza attraverso un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile e sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli del malato e della sua famiglia, a garanzia dell'equità e dell'uniformità di accesso alle cure palliative e della continuità dell'assistenza;

RITENUTO che la qualità nell'erogazione delle cure palliative può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati di integrazione tra i diversi setting assistenziali e professionali che entrano nel percorso di cura e l'accesso unitario nella rete ha dimostrato, nelle esperienze

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

nazionali ed internazionali, di essere in grado di ottenere miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver, progressi nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi di cure palliative prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili ed inappropriati;

RITENUTO, inoltre, che l'accreditamento della rete costituisce una modalità innovativa capace di migliorare l'erogazione dei servizi, rispondere ai bisogni di salute emergente, affiancando al tradizionale paradigma clinico l'approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti;

TENUTO CONTO che i requisiti indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, fanno riferimento alle funzioni di governo della rete e delle diverse strutture che lo compongono, e integrano quanto previsto per le singole strutture dalla citata Intesa del 25 luglio 2012, nel rispetto delle prerogative regionali sull'organizzazione dei servizi;

CONSIDERATO che:

- il documento di proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, unitamente a quelli relativi all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e dei profili formativi del volontariato, sono stati trasmessi al Coordinamento Interregionale della 5 Commissione Salute con nota DGPROGS prot. 21659-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e Province autonome;

- il presente documento ha sostanzialmente recepito le osservazioni formulate dalle Regioni nella predetta sede di confronto, come confermato in esito all'incontro tecnico svolto in data 26 novembre 2019 finalizzato ad una ulteriore valutazione e condivisione del testo con le Regioni che avevano presentato specifiche osservazioni in merito;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", Allegato 1, parte integrante del presente atto, nei termini seguenti:

1. le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire formalmente il presente Accordo entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di cure palliative, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Contestualmente si impegnano ad avviare le procedure per l'accreditamento delle reti locali di cure palliative nel territorio di competenza;

2. le stesse Regioni si impegnano ad attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato nel documento di cui all'Allegato 1;

3. dall'attuazione del presente Accordo non derivano nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande

Il Presidente
On. Francesco Boccia

Proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge 15 marzo 2010, n. 38

Premessa

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure nella fase acuta di malattia hanno determinato e determineranno nei prossimi anni profondi mutamenti dei bisogni di salute, con aumento della prevalenza delle patologie croniche e incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse e avanzate con criticità cliniche ricorrenti, motivo di crescente utilizzo delle cure ospedaliere.
Per questi malati, ancora oggi, le cure vengono spesso erogate in modo frammentato e non adeguatamente coordinato, con ripetute ospedalizzazioni che si traducono talvolta in trattamenti inappropriati, costosi, con scarsa soddisfazione da parte dei malati stessi e dei loro familiari.
Il Welfare State, e i Servizi Sanitari in particolare, si confrontano quindi con la necessità di fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione crescente di malati sempre più anziani, affetti da patologie cronico-degenerative in fase avanzata o terminale, in condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

I sistemi sanitari regionali sono soggetti a importanti cambiamenti in ordine allo sviluppo delle Reti di Cure Palliative, in applicazione della legge l 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore" e successivi provvedimenti attuativi nonché al dPCM 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" . Il paradigma delle Cure Palliative rappresenta un importante punto di riferimento per la globalità dell'approccio e per l'articolazione delle strutture organizzative che lo caratterizzano.
Nel promuovere il completamento delle Reti regionali di Cure Palliative, la normativa pone una specifica attenzione ad un sistema di accreditamento che prevede il coordinamento delle Reti locali, l'integrazione sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale, il potenziamento dei rapporti tra le équipe operanti a livello ospedaliero e territoriale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi.
L'approccio palliativo, la presa in carico precoce e la continuità delle cure garantite anche a malati con patologie cronico-degenerative in fase avanzata, in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie "pro-attive" che prevedano l'empowerment del malato e dei suoi familiari al momento della diagnosi di malattia oncologica o non oncologica con prognosi severa richiedono:
una specifica caratterizzazione dei percorsi di cura integrati, globalmente considerati, lungo le tre principali traiettorie di malattia: cancro, insufficienza d'organo, malattie cronico degenerative;

- l'adozione di criteri per l'accreditamento delle Reti di assistenza orientati alla valutazione multidimensionale del bisogno, alla presa in carico integrata, al "care management" e alla valutazione dei risultati;
- la modifica degli ordinamenti didattici e la previsione di programmi di Formazione Continua per lo sviluppo di percorsi formativi capaci di preparare i professionisti e di governare la crescente complessità clinica, relazionale e organizzativa.

Le Reti locali di Cure Palliative[1] operano attraverso tre setting assistenziali: le Cure Palliative in Ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori; le Cure Palliative Domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza nelle Residenze per anziani, e le Cure Palliative in Hospice.

[1] Per *Rete locale di Cure Palliative* si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).

Il modello assistenziale proposto per la Rete pediatrica prevede un'unica Rete specialistica di terapia del dolore e Cure Palliative dedicata al paziente pediatrico[2]. Tale Rete, coordinata da uno o più Centri di riferimento, risponde in maniera continuativa e competente a tutti i bisogni di salute di minori che necessitano di terapia del dolore specialistica e di Cure Palliative pediatriche.
Una recente revisione della letteratura scientifica circa il rapporto fra costi e benefici nelle Cure Palliative ha concluso che, sulla base delle evidenze considerate, i servizi di Cure Palliative sono in grado di ridurre i costi per l'assistenza delle persone che si avviano alla fine della vita, attraverso una riduzione del numero e della durata dei ricoveri ripetuti, delle procedure diagnostiche e degli interventi inappropriati. Questi importanti risultati coincidono con un profondo cambiamento che si sta sviluppando nell'organizzazione ed erogazione delle cure al malato fragile.

L'identificazione di fattori, criteri e indicatori qualifica il sistema di assistenza affiancando al paradigma clinico un approccio valutativo sistemico, dalla malattia alla complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti.
In questo contesto, la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multi professionale in équipe e il coordinamento strutturato della Rete costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata alla qualità che non intende sostituire quanto piuttosto integrare le procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionali, già previste dai sistemi regionali e nazionali.
Tale contesto dovrebbe essere reso più agile da un miglioramento e consolidamento, a livello regionale e territoriale, dei sistemi di monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni e degli indicatori di attività, che attestino il pieno raggiungimento dei requisiti minimi delle strutture dedicate alle cure palliative, ai sensi della normativa vigente.

Razionale – quadro di sintesi

Il bisogno di Cure Palliative

Si stima[3] che per l'1,5% della popolazione l'accesso alle Cure Palliative (CP) sia appropriato e necessario, in considerazione dell'invecchiamento generale della popolazione e il costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse che comportano condizioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza.

Approccio *patient centred*

È necessario sviluppare un'organizzazione che si modelli sui bisogni del paziente, che sia flessibile, sempre pronta ad adattarsi alle necessità mutevoli di malato e familiari.

Una Rete per garantire la continuità delle cure

La qualità nell'erogazione delle CP può essere realizzata solo se esistono forti sistemi coordinati d'interazione tra i soggetti istituzionali e professionali che entrano nel percorso di cura, per assicurare che vengano soddisfatti i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

L'accesso alle Cure Palliative

L'accesso alle CP ha dimostrato in maniera evidente miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. Favorirne l'accesso porterebbe progressi anche nell'efficacia e nell'efficienza dei servizi sanitari, prevenendo ricoveri ospedalieri spesso evitabili o inappropriati.

---

[2] Per *Rete di Cure Palliative Pediatriche* si intende una aggregazione funzionale e integrata delle attività di Terapia del dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale e ospedaliero definito a livello regionale, che soddisfa specifici requisiti (Rif. Legge n. 38/2010; Intesa 25 luglio 2012 Rep. atti 151/CSR).
[3] Gòmez-Batiste X. et al. *Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study*. Palliative Medicine 2014; 28(4): 302–311

A fronte di una legislazione tra le più innovative in Europa, è necessario tener conto che l'equità, l'appropriatezza, la tutela e la promozione della qualità della vita per i malati non vengono ovunque garantite con il rischio di generare nel Paese gravi disparità e ritardi.

Lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative - Quale modello?

È necessario ideare e adottare modelli di cura innovativi, che sappiano portare miglioramenti nell'erogazione dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute emergenti. Il modello delle Reti Locali di Cure Palliative che si intende sviluppare prevede l'identificazione di fattori che qualifichino il sistema di assistenza affiancando il paradigma clinico ad un approccio valutativo sistemico della malattia e della complessità dei bisogni, con la conseguente rimodulazione degli interventi e dei trattamenti nella logica del miglioramento continuo della qualità delle cure.

E' stato preso come riferimento il modello di certificazione delle reti specialistiche prodotto di un progetto condotto dall'Agenza nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) "*Sviluppo di modelli di reti cliniche specialistiche (rete geografica, rete socio-sanitaria, rete infrastrutturale e delle tecnologie, rete IT) ed individuazione e sperimentazione di modelli di certificazione delle cure per disciplina specialistica*" ai sensi del già citato DM 2 aprile 2015, n. 70laddove il Regolamento *prevede 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" (Allegato 1, punto 8.1.1.)* .

Un modello di lettura delle organizzazioni funzionali complesse specifico finalizzato a definire e validare modelli reticolari di assistenza e garantire le premesse per azioni di valutazione e promozione del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. Per la definizione del Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali, è stato preso in considerazione il bagaglio di nozioni sviluppate per percorsi di accreditamento istituzionale di specifiche strutture assistenziali (strutture ospedaliere, strutture extra-ospedaliere e territoriali, strutture ambulatoriali ecc.) integrandole con ulteriori criteri in grado di cogliere le molteplici sfaccettature della specifica tipologia di organizzazione (Rete). Nel progetto, si è fatto riferimento al modello di analisi e sviluppo delle organizzazioni sanitarie offerto da Roberto Vaccani (2012)[4], per sviluppare e orientare il "Modello di Analisi e Valutazione delle Reti Specialistiche Regionali" verso la misurazione degli esiti legati all'efficacia e all'efficienza dell'unità funzionale nel suo complesso (Rete di specialità), cercando di cogliere gli elementi di qualità sia legati agli elementi strutturali sia a quelli organizzativi.

I principi del modello

Un modello adeguato di clinical governance deve essere:

- Centrato sul paziente e sulla famiglia/caregiver
- Basato sui bisogni
- Accessibile
- Equo (a prescindere da età, diagnosi, residenza, cultura, ...)
- Integrato, garantendo la continuità delle cure
- Disponibile a garantire la possibilità di ricevere cure al proprio domicilio
- Sicuro ed efficiente
- Appropriato in termini di rapporto costo-efficacia

La formazione dei professionisti operanti nella Rete

Il modello, per esser applicato, necessita di una più ampia possibilità di accesso ad una formazione specifica in CP e dello sviluppo di metodologie formative, innovative ed efficaci per il miglioramento delle performance dei professionisti. "*The education of health professionals in the 21st century must focus less on memorizing*

[4] Vaccani R.: Riprogettare la sanità – Modelli di analisi e sviluppo, Carocci Faber, Roma, 2012

and transmitting facts and more on promotion of the reasoning and communication skills that will enable the professional to be an effective partner, facilitator, adviser and advocate"[5].

I principali riferimenti internazionali e normativi nazionali

L'organizzazione mondiale della sanità dal 2014 ha adottato una risoluzione specifica per promuovere lo sviluppo, il rafforzamento e l'implementazione di policy di cure palliative integrate.
I servizi di cure palliative promossi sono basati sulle evidenze, costo efficaci, equi in continuità di cura con tutti i livelli assistenziali ed integrati, si sviluppano in contesti di assistenza primaria con il coinvolgimento della comunità e privilegiano l'assistenza domiciliare, rafforzando così i sistemi sanitari nel loro complesso e l'assistenza globale della persona. (*Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*).
La creazione di reti per le cure palliative e le cure palliative pediatriche, promossa dalle risoluzioni internazionali e dalla commissione europea recepita nelle regolamentazioni nazionali, ha l'obiettivo di tenere insieme le strutture e il percorso evitando sofferenze e dolore non necessari.
La rete è, quindi, garante dell'equità all'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi/strutture e le loro equipe, della presa in carico integrata in relazione alle necessità del malato, della sua famiglia e del percorso di continuità di cura. Ha la responsabilità di garantire il governo clinico del percorso e la sua unitarietà.
Gli elementi essenziali della rete sono:
le Unità di cure palliative domiciliari di base e specialistiche, le Strutture residenziali (es. Hospice), le Strutture ospedaliere e le strutture ambulatoriali. Tali-strutture operano nell'ambito della rete delle cure palliative locali.

L'**Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010** (Rep. Atti n. 239/CSR) sulle "*Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore*" prevede una Regia centralizzata al livello regionale, formata da una **struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete al livello regionale** e da una struttura di **coordinamento a livello locale/aziendale.**

Le strutture della rete di cure palliative attivate nei due livelli istituzionali (regionale e locale/aziendale) ai sensi dell'**art. 3 della legge n. 38/2010,** devono assolvere alle seguenti funzioni:

Struttura di coordinamento regionale ***"per rete si intende l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale"***	**Struttura locale/aziendale** ***"Per rete locale di CP si intende una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale" e che soddisfa i requisiti di cui all'Intesa 25.07.2012***
Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali socio-sanitarie e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema	Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative

[5] Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58.

Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali	Attivazione di un sistema di erogazione di CP in ospedale, hospice e a domicilio, coerente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge n. 38/2010, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e assistenza, attraverso Care management, Valutazione multidimensionale, Gestione delle dimissioni protette (Ospedale-hospice-UCP domiciliari). Integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP	Definizione e attuazione nell'ambito della rete dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati ai sensi dell'art. 2 comma1 legge n.38/2010
Definizione di indicatori quali-quantitativi di CP ivi inclusi gli standard di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43 (pubblicato nella GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)	Adozione di sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo di gestione dei percorsi di cure palliative erogati, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative di cui al decreto 22.02.2007 n. 43
Sviluppo del sistema informativo	Raccolta e trasmissione dei dati al sistema informativo
Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma2 l. 38/2010 e secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014	Attivazione dei programmi formativi aziendali specifici in cure palliative e terapia del dolore
Promozione e monitoraggio di attività di ricerca in cure palliative	Partecipazione e sviluppo di iniziative di ricerca

Dopo la legge n. 38/2010 sono stati adottati numerosi provvedimenti attuativi che hanno regolato le cure palliative in Italia riconoscendone la disciplina anche nell'ambito delle professioni sanitarie.

L'**Intesa 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 152/CSR) di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore** prevede la presenza di determinati requisiti soddisfatti contemporaneamente:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete Locale Cure Palliative (RLCP);
2. Cure Palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia;
3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'art.5, comma 2, legge n. 38/2010;
4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari;
5. Continuità delle cure;
6. Formazione continua degli operatori;
7. Programmi di supporto psicologico all'equipe;
8. Misurazione della qualità della vita;
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato;
10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari;
11. Programmi di supporto al lutto;
12. Dilemmi etici;
13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative;
14. Programmi di valutazione della qualità delle cure.

L'**Intesa 19 febbraio 2015 (Rep. atti n. 32/CSR) in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie** prevede un cronoprogramma a 12 e 24 mesi di adeguamento per le Regioni e Province autonome ai criteri e requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR); in particolare al punto ***1.2 programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali e al punto 1.2.3. Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente***

adulto e pediatrico in attuazione della legge n. 38/2010 fornisce indicazioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il citato **DPCM 12 gennaio 2017** di aggiornamento dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** ha completato il quadro dei principali provvedimenti normativi in materia di cure palliative recependo la normativa progressivamente adottata e definendo **i seguenti livelli di assistenza nell'ambito della Rete Locale di cure palliative:**

- **all'art. 15 Assistenza specialistica ambulatoriale** che per la prima volta include, nel nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4, le visite multidisciplinari per le cure palliative inclusa la stesura del Piano di assistenza individuale (PAI) e le visite di controllo, ivi compresa la visita per la rivalutazione del PAI (rispettivamente codici 89.07.A; 89.01. R).
- **all'art. 21 Percorsi assistenziali integrati** prevede l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un Piano di assistenza individuale (PAI). L'approccio "per percorso" rappresenta una novità importante, con la VMD che concorre ad identificare il malato con bisogni di cure palliative. Le cure palliative confermate dai LEA in questa cornice escono dall'orizzonte temporale dell'end stage ed estendono il loro ambito di applicazione alle fasi precoci della malattia inguaribile ad evoluzione sfavorevole.
- **art. 23 Cure palliative domiciliari**, che sono erogate dalle Unità di Cure Palliative- UCP e non più nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata: sono le UCP che erogano sia le cure palliative di base che quelle specialistiche garantendo l'unitarietà e l'integrazione dei percorsi di cura con un'equipe curante di riferimento sul percorso e non sul setting assistenziale. Il coordinamento delle cure è puntualmente caratterizzato, all'art. 23, comma 1, lettere a) e b) e all'art. 21 comma 3, contribuendo a chiarire la responsabilità del rapporto di cura.
- **art. 31 Centri residenziali di Cure palliative - Hospice**; la norma indica che tali strutture garantiscono in ambito territoriale l'assistenza residenziale ai malati nella fase terminale della vita.
- **art. 38 Ricovero ordinario per acuti.** Le cure palliative sono per la prima volta espressamente citate come prestazioni cliniche, farmaceutiche, strumentali, necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico, che devono essere garantite durante l'attività di ricovero ordinario. Il comma 2 stabilisce, infatti, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni (..) incluse la terapia del dolore e le cure palliative.

Istituzione del codice di cure palliative e di terapia del dolore

Con decreto del Ministro della salute 21 novembre 2018, di aggiornamento dei codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 38 del 14.02.2019), sono stati individuati:

- il codice 99 "cure palliative", da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012;
- il codice 96 "terapia del dolore", da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore, in conformità con le indicazioni di cui all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.

Riserva per le specificità della rete di CP e TD pediatrica

Le tabelle che seguono si riferiscono alla Rete regionale e locale di cure palliative, riservando ad un approfondimento successivo gli aspetti relativi alle specificità della rete pediatrica.

ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

Per **Rete Regionale di Cure Palliative** si intende l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale corrispondente all'insieme delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) che operano nel territorio regionale.

Di seguito si esplicitano gli elementi caratterizzanti la rete regionale di cure palliative che la Regione è tenuta ad attivare/prevedere sulla base delle funzioni indicate nell'Accordo Stato - Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR).

Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere al fine di garantire approccio omogeneo ed equità di sistema
a. Istituzione di un organismo di coordinamento regionale, che consiste in una struttura specificatamente dedicata di coordinamento delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) di Cure Palliative (CP). La struttura di coordinamento della rete dovrà assolvere le specifiche funzioni indicate nell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 239/CSR) in materia di linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali. b. Partecipazione all'organismo di coordinamento regionale dei direttori/responsabili delle reti locali ed eventuali altri componenti-operanti nelle reti di cure palliative. c. Definizione dell'ambito territoriale delle reti locali di cure palliative (aziendali interaziendali) che siano dotate di tutte le strutture/setting assistenziali (Hospice, UCP domiciliari, cure palliative in ambito ospedaliero e specialistico ambulatoriale) e regolamentazione del loro funzionamento. d. Adozione di un atto formale di policy che contiene i valori e gli obiettivi di riferimento di medio e lungo periodo in coerenza con le scelte generali della programmazione regionale
Sviluppo del sistema informativo
a. Istituzione della piattaforma informatica regionale. alla quale si collegano tutte le strutture appartenenti a ciascuna Rete Locale di Cure Palliative, che mette in condivisione il set minimo di informazioni definite a livello regionale. b. La piattaforma consente l'utilizzo dello strumento di valutazione multidimensionale adottato al livello regionale e garantisce: - la circolazione e l'interconnessione delle informazioni sul percorso del paziente - l'alimentazione dei flussi amministrativi per rispondere al debito informativo NSIS - la raccolta dati per la produzione della reportistica di livello regionale sul monitoraggio dello sviluppo delle reti locali di cure palliative e in attuazione dei LEA ai sensi del DPCM 12/01/2017. c. La trasmissione delle informazioni, sia di carattere sanitario sia gestionale, garantisce in modo tempestivo e trasparente la tracciatura dei bisogni assistenziali rilevati con la VMD, delle prestazioni e dei servizi previsti nel PAI, (Piano Assistenziale Individuale), delle prestazioni e dei servizi erogati dall'equipe, della rivalutazione periodica dei bisogni per la pianificazione dei percorsi e delle cure

Sviluppo di un sistema di monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali, delle loro attività e definizione degli indicatori quali-quantitativi di CP *ivi inclusi gli standard di cui al decreto 22 febbraio 2007 n. 43 (GU, Serie Generale, n.81 del 06.04.2007)*
a. Definizione e formalizzazione di un set di indicatori qualitativi-quantitativi per il monitoraggio delle attività delle reti locali di cure palliative anche al fine di misurare il soddisfacimento del bisogno di Cure Palliative sulla base degli standard previsti dalla normativa e dalla letteratura scientifica. b. Indicatori sulla presa in carico da parte della rete di cure palliative: Le Regioni definiscono periodicamente un set di indicatori per il monitoraggio dello sviluppo e del funzionamento delle reti locali di cure palliative, tenendo conto di quanto previsto dal Nuovo sistema di garanzia dei LEA, con relativa reportistica da parte della rete locale di cure palliative c. Misurazione della completezza del soddisfacimento del bisogno di CP sulla base degli standard previsti della legge n. 38/2010.
Definizione degli indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza di CP
a. Adozione di un documento contenente linee di indirizzo e criteri omogenei sui percorsi di cura nelle fasi di accesso, valutazione multidimensionale, redazione del Piano di assistenza individuale (PAI), erogazione delle prestazioni e servizi assistenziali di CP inclusi il monitoraggio e la rivalutazione del PAI
Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, secondo quanto indicato nell'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR)
I programmi coprono le seguenti aree di competenza a. Competenze organizzative b. Competenze psico-relazionali e psicosociali c. Competenze etiche d. Competenza nella ricerca e. Competenze di formazione (ossia capacità di trasferire e comunicare le proprie competenze all'interno e all'esterno della équipe) f. Competenze professionali specifiche

REQUISITI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

(Ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 151/CSR) - paragrafo su "Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative" ai fini dell'accreditamento delle strutture)

La rete locale di Cure Palliative è intesa come "una aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale definito al livello regionale".

La funzione principale della rete, attraverso i suoi nodi, è quella di accogliere e valutare il bisogno di cure palliative del paziente e della sua famiglia, definire il percorso di cura individuando il setting assistenziale più adeguato in relazione allo sviluppo della malattia e garantire l'assistenza in tutti i setting assistenziali (ospedale, ambulatorio, hospice, domicilio) e la continuità di cura.

Prerequisito per l'accreditamento della RLCP è l'accreditamento delle strutture che la costituiscono, ai sensi del decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, dell'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012 e del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza: i requisiti descritti dal presente documento integrano i requisiti generali di sistema e specifici (organizzativi, tecnologici, strutturali) già previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle stesse strutture, presso le quali sono erogate le prestazioni, e/o dei requisiti prescritti da altra eventuale normativa interveniente.

1.0	**Organizzazione / sistema di governo**
1.1 istituzione della RLCP	La rete Locale di Cure Palliative è istituita con un atto formale della Regione o dell'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali [6]
1.2 sistema di governance della rete (criterio 2 dell'Intesa 25.7.2012)	La Regione o l'azienda sanitaria pubblica secondo gli indirizzi regionali: a. istituisce **l'organismo di coordinamento della rete locale (di seguito Organismo di coordinamento)** ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 239/CSR), esplicitandone la composizione: coordinatore di rete e referenti delle singole strutture, rappresentativi di tutte le figure professionali coinvolte e di una rappresentanza delle associazioni di volontariato del settore; b. identifica le funzioni del Coordinatore e dell'organismo di coordinamento della rete locale per la gestione/funzionamento della Rete; identifica le strutture che compongono la rete (Unità di Cure Palliative domiciliari di base e specialistica, hospice, ambulatori, strutture ospedaliere) Il Coordinatore della rete e l'Organismo di Coordinamento operano nella Rete Locale CP per garantirne la reale operatività.

, nel presente documento, per "Aziende sanitarie pubbliche" si intendono quelle che gestiscono ed erogano la cura e l'assistenza.

1.3 *piani di intervento per lo sviluppo della rete locale di CP e funzioni dell'organismo di coordinamento* *(criteri 1, 2 e 13 dell'Intesa 25.7.2012)*	**L'organismo di coordinamento** redige, approva e aggiorna periodicamente il **Piano di rete locale** che esplicita: a. gli obiettivi specifici annuali per lo sviluppo e il funzionamento della rete nonché l'individuazione delle particolari competenze distintive di ciascuna struttura della rete b. l'identificazione delle strutture e dei servizi sul territorio che concorrono a supportare-migliorare l'erogazione delle cure palliative (strutture ospedaliere, territoriali, IRCCS, aziende sanitarie, l'eventuale integrazione con componente universitaria, servizi sociali del Comune, i servizi del volontariato) c. modalità di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze, sia nella fase di pianificazione sia nella fase di monitoraggio delle attività di rete d. le strategie di comunicazione e informazione ai cittadini
	L'organismo di coordinamento, in coerenza con le indicazioni regionali, inoltre: a. individua i punti e i criteri di accesso alla rete e alle sue strutture nonché le modalità di presa in carico del paziente compresi gli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, anche attraverso consulenze specialistiche in regime di degenza (RO, DH, DS); ciò per garantire le cure palliative in coerenza con la normativa nazionale e gli indirizzi regionali b. definisce l'organizzazione del percorso di cura che si realizza dalla segnalazione del caso fino alla sua conclusione assicurando la continuità assistenziale in funzione dell'evoluzione del bisogno; c. identifica procedure condivise tra le strutture della Rete per gli aspetti clinico-assistenziali e di supporto ai caregiver e alla famiglia; d. predispone il piano annuale di sviluppo formativo delle competenze, previste dalla normativa vigente *(specificato al successivo punto 6.1 requisito sulla formazione continua degli operatori della rete)* e. sviluppa attività di ricerca/condivisione di buone pratiche clinico assistenziali e organizzativo, gestionali della rete di CP f. identifica i programmi sistematici di valutazione e miglioramento delle attività e promuove la misurazione della qualità di vita dei malati assistita con strumenti validati. g. predispone la carta dei servizi contenente informazioni per i cittadini inerenti le attività, l'organizzazione, le modalità di accesso alla stessa ed i servizi offerti dalla RLCP anche con il contributo delle associazioni di volontariato e non profit operanti nel settore, assicurandone la divulgazione.
2.0	**Risorse umane, tecnologiche, economiche del coordinamento della rete**
2.1	L'azienda sanitaria pubblica individuata dalla regione nell'ambito territoriale come sede della rete locale di CP garantisce le necessarie dotazioni di personale, strutture e tecnologie **per le attività di coordinamento della rete** e l'operatività della stessa rispetto al fabbisogno determinato in sede regionale.
3.0	**Processi assistenziali: percorsi di cura**
3.1 *(criteri 3, 4, 14 dell'Intesa 25.7.2012)*	La Rete Locale di CP dispone di procedure condivise, aggiornate periodicamente, basate sulle evidenze scientifiche, per la pianificazione delle cure palliative oncologiche e non oncologiche, per l'interazione tra i diversi

	soggetti istituzionali e professionali coinvolti nel percorso di cura, incluse la famiglia e le associazioni di volontariato che operano all'interno della rete. Le procedure sono di tipo clinico organizzativo a garanzia dell'accessibilità, integrazione dei percorsi assistenziali e continuità di cure e si applicano in modo omogeneo a tutte le strutture afferenti alla rete locale di cure palliative.
3.2 *(criterio 3 dell'Intesa 25.7.2012).*	La Rete Locale di CP è costituita da strutture che si avvalgono di equipe multiprofessionali con personale dedicato ai sensi dell'art.5, comma 2, della legge n.38/2010. **Le equipe delle cure palliative domiciliari, nell'ambito dell'accesso unitario ai servizi, si integrano con le cure domiciliari e con l'assistenza sanitaria di base (articoli 4, 21, 22, 23 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza).**
4.0	**Processi Assistenziali: Dimissioni protette**
4.1	Nell'ambito della Rete Locale di CP si adotta una procedura che assicura e documenta programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita per garantire la continuità di cura palliativa nel setting assistenziale adeguato (in hospice, al domicilio, in residenza assistenziale).
4.2	La Rete Locale di CP è dotata di un sistema informativo per la condivisione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) e la circolazione delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, tra i professionisti della Rete relativi ai trasferimenti e i processi di dimissione dei pazienti in setting diversi, (in coerenza con il sistema informativo adottato al livello regionale).
5.0 (Criteri 8 e 14 dell'Intesa 25.7.2012)	**Processi Assistenziali: Monitoraggio della Qualità**
5.1	La Rete Locale di CP adotta/applica un sistema formalizzato di misurazione per monitorare la qualità dei processi di cura e assistenza erogati nell'ambito della Rete locale in coerenza con il sistema sviluppato al livello regionale.
5.2	All'interno della Rete Locale di CP si effettuano periodicamente audit di rete per la discussione ed il miglioramento degli aspetti organizzativi e assistenziali dei percorsi assistenziali nella rete e produce relativa documentazione.
5.3	La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti al suo interno in merito all'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti (es. somministrazione di test con scale ad hoc).
6.0 (Criterio 6 dell'Intesa 25.7.2012)	**Processi di supporto: Formazione continua degli operatori della rete**
6.1	**L'organismo di coordinamento**, d'intesa con le strutture che compongono la rete, definisce il piano di formazione annuale multidisciplinare e multiprofessionale per gli operatori della rete individuando i relativi obiettivi formativi in coerenza con quanto previsto dall'art. 8, comma 2, della legge n. 38/2010, dall'Accordo 10 luglio 2014 (Rep. atti n. 87/CSR) e dai programmi obbligatori di formazione continua di cure palliative regionali.
6.2	**L'organismo di coordinamento**, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove e monitora il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite reportistiche delle strutture sanitarie operanti nella rete e tramite i Dossier formativi individuali dei professionisti operanti nella rete sono annualmente verificati dall'organismo di coordinamento
6.3	**L'organismo di coordinamento**, d'intesa con le strutture che compongono la rete, promuove iniziative per la formazione dei volontari operanti nella rete di CP.
7.0	**Processi di supporto: Processi sociali**
7.1	La Rete Locale di CP raccoglie documentazione dalle strutture operanti nella rete in merito alle attività previste dall'Intesa 25 luglio 2012 in relazione a:

(Criteri 6, 7 e 11 dell'Intesa 25.7.2012)	a. programma di supporto psicologico e di prevenzione del burn-out per gli operatori che lavorano alla Rete Locale di CP; b. risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari; c. programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico
7.2 *(Criterio 12 dell'Intesa 25.07.2012).*	La Rete Locale di CP definisce le procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di eventuale segnalazione ad un Comitato Etico di riferimento
8.0 (Criterio 13 dell'Intesa 25.7.2012)	**Processi strategico gestionali: comunicazione/trasparenza**
8. 1	L'azienda sanitaria pubblica sede/capofila della Rete Locale di CP istituisce una pagina dedicata sul proprio sito aziendale nella quale mette a disposizione le informazioni sulle funzioni svolte dalla Rete Locale di CP e dalle strutture che la costituiscono.
8.2	a. La Rete Locale di CP redige, aggiorna periodicamente e pubblica (via web, in forma cartacea, etc) la Carta dei servizi della Rete Locale CP avvalendosi anche dell'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza; b. la Rete Locale di CP garantisce che la Carta dei servizi contenga informazioni sulle strutture servizi, percorsi assistenziali e prestazioni della Rete Locale CP pubblica
8.3	La Rete Locale di Cure Palliative diffonde in un'area web dedicata alla rete locale delle CP dei dati rilevati dai sistemi di monitoraggio: a. della qualità percepita; b. dell'umanizzazione dell'assistenza; c. dell'esperienza dei pazienti; d. delle azioni di miglioramento

L'ente che rilascia il provvedimento di accreditamento della rete locale di cure palliative è il medesimo ente, previsto dalle singole normative regionali, che rilascia l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie. Le modalità per il rilascio dell'accreditamento e per la verifica periodica in ordine al mantenimento dei requisiti previsti dal presente documento sono quelle già definite dalle Regioni e Province autonome per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie.

Riferimenti bibliografici

- ⇒ Resolution of OMS A67/31 Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course del 4 aprile 2014
- ⇒ DPCM 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"
- ⇒ Regione Lazio DCA 16 novembre 2016 n. U00360 "Indirizzi per l'implementazione della rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Emilia Romagna DGR 31 ottobre 2016, n. 1770 "Requisiti specifici per l'accreditamento della Rete locale di cure palliative"
- ⇒ Regione Lombardia DGR 28 novembre 2016, n. X/5918 "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario."
- ⇒ European Pathway Association- EPA http://e-p-a.org/care-pathways/
- ⇒ Quill T.E., Abernethy A.P. "Generalist plus specialist palliative care: creating a more sustainable model" N.Engl.J.Med. March 7, 2013
- ⇒ McNamara B.A., Rosenwax L.K. et al. "Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death" J. Pall. Medicine 2013;16:N.7
- ⇒ Building integrated palliative care programs and services. Gomez-Batiste X. & Connor S., 2017
- ⇒ Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative. Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative. Documento di consenso - Firenze, 27 giugno 2015.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38".

Rep. Atti n. 103/CSR del 9 luglio 2020

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 9 luglio 2020:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992. n. 502 e s.m.i. che agli articoli da 8 bis a 8-quater disciplina il sistema delle autorizzazioni ed accreditamento istituzionale relativo alle strutture sanitarie e socio sanitarie, al fine di garantire sicurezza e qualità ai cittadini;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza;

VISTO, in particolare, l'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38, che ha previsto l'adozione di una Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, al fine di riconoscere l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore, attivando adeguati percorsi formativi omogenei e permanenti su tutto il territorio nazionale;

VISTA l'intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) sulla proposta del Ministero della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e di terapia del dolore;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale sono state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e le strutture sanitarie coinvolte nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore e i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità per i professionisti operanti nelle suddette reti;

VISTA l'intesa stipulata in data 19 febbraio 2015 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 32/CSR) che indica le modalità e i termini temporali per l'adozione da parte delle regioni e delle Aziende Sanitarie, dei criteri e dei requisiti di accreditamento di cui all'intesa stipulata in data 20 dicembre

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

2012 tra il Governo, le Regioni e le province autonome recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e per la prima volta tratta, nell'Allegato sub A, di un programma per l'accreditamento di reti assistenziali, con particolare riferimento al punto 1.2.3 "Realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico" e al punto 8.1 prevede programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ed in particolare l'art. 21 dello stesso D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sopra citato che prevede la definizione nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di "percorsi assistenziali integrati" e prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, e che le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio dei percorsi di cura nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale;

CONSIDERATO che con decreto del Direttore generale della Programmazione sanitaria del 19 luglio 2016, nell'ambito della Sezione "O" del Comitato tecnico sanitario del Ministero della Salute è stato istituito un apposito tavolo tecnico di lavoro con esperti della materia e referenti regionali, che ha prodotto un documento recante "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38";

RITENUTO che gli obiettivi generali del documento consistono nel garantire il pieno ed efficace funzionamento delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, la continuità dei percorsi integrati di cura mediante l'omogeneizzazione del processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato;

TENUTO CONTO che i requisiti minimi indicati nel documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, garantiscono una formazione di base e periodica dei volontari, affinché acquisiscano competenze trasversali e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione inter-personale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico e alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti operanti nelle reti;

CONSIDERATO che il documento di proposta di accreditamento delle reti di cure palliative, unitamente a quelli relativi all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e dei profili formativi del volontariato sono stati trasmessi al Coordinamento Interregionale della Commissione salute con nota DGPROGS prot. 21659-P del 23 luglio 2019 per una valutazione preliminare da parte delle Regioni e delle Province autonome;

CONSIDERATO altresì che in merito al documento di proposta le Regioni non hanno presentato osservazioni;

VISTA la nota del 7 aprile 2020 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il testo del documento;

VISTA la nota del 3 luglio 2020 con la quale il Coordinamento tecnico interregionale della Commissione salute ha trasmesso l'assenso tecnico sul documento;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nei termini sotto indicati:

Art.1

1. E' approvato il documento "Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge 15 marzo 2010, n. 38", che costituisce parte integrante della presente intesa (All.1).

2. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire la presente intesa entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo e contestualizzando i relativi contenuti alla formazione dei volontari, nelle procedure di formazione ordinariamente utilizzate dalle Regioni e Province autonome.

3. Dall'attuazione della presente intesa non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate svolgono le attività ivi previste con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande

Il Presidente
On. Francesco Boccia

All. 1

Definizione di profili formativi omogenei per le attività di volontariato nell'ambito delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, ai sensi dell'art. 8, comma 4 della legge 15 marzo 2010, n.38

Considerazione generali

Nell'ambito delle Cure Palliative e Terapia del Dolore, le Associazioni di Volontariato hanno avuto e continuano ad avere un ruolo fondamentale nelle equipe multidisciplinari e multiprofessionali dedicate alla presa in carico e all'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie in situazioni di cronicità e di terminalità non esclusivamente correlate alla patologia oncologica.

Il contesto delle cure in generale sposterà il suo baricentro sempre di più verso il territorio, con modelli a rete di assistenza personalizzata a forte integrazione sociosanitaria e a forte coinvolgimento dei pazienti e delle loro famiglie. In questo ambito le Associazioni di Volontariato assumeranno un ruolo sempre più significativo nell'ambito dei Percorsi Assistenziali, fornendo, sostegno relazionale, sensibilizzazione informazione, orientamento, e attività di stimolo e controllo sull'operato di istituzioni pubbliche.

E' evidente, come, in tempi in cui la presenza e l'operato del volontario è e sarà sempre più preziosa, qualificare l'agire del volontario sia diventato più di prima una priorità. La formazione è citata esplicitamente nella Carta dei Valori del Volontariato 2001 (vedi sezione Atteggiamenti e ruoli) e, nello specifico, la legge 38/2010 all'art. 8, comma 4 riconosce l'importanza e il ruolo fondamentale del volontariato in Cure Palliative e pertanto, richiede che siano attivati adeguati percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale.

La formazione del volontario in cure palliative e terapia del dolore si realizza attraverso un percorso segnato da una fase di didattica finalizzata alla acquisizione di competenze specifiche e da una fase di tirocinio, esperienza sul campo, affinamento delle competenze relazionali e di lettura dei bisogni del contesto famigliare, che prosegue negli anni. La qualità della formazione e la tutela degli utenti, dei volontari e della struttura ospitante sono garantite attraverso l'implementazione di un modello organizzativo relativo al processo di formazione e gestione dei volontari. **È necessario che le organizzazioni non profit che gestiscono attività di volontariato in cure palliative e terapia del dolore (Associazioni, Organizzazioni di Volontariato, Cooperative Sociali, Fondazioni, Enti Religiosi) uniformino il processo di selezione, formazione e organizzazione del volontariato ai contenuti del presente documento.**

La European Association for Palliative Care e la Federazione Cure Palliative distinguono il volontariato in cure palliative in due categorie:

a. volontari che si occupano della relazione con le persone malate e con le loro famiglie

b. volontari che si occupano di attività di supporto: promozione, raccolta fondi, organizzazione di eventi, segreteria, ecc.

Il presente documento si rivolge in particolare ai volontari appartenenti alla prima categoria.

E' importante sottolineare che la formazione non deve costituire una forma di sbarramento per lo svolgimento di attività di volontariato (barriera all'ingresso) ma che deve anzi servire a salvaguardare tutti i soggetti coinvolti (cittadini, operatori, famigliari, pazienti) fornendo ai volontari il grado di preparazione necessario a svolgere correttamente e in sicurezza il loro compito.

Profilo del volontario

Il volontario è una persona che opera all'interno delle reti ponendo al centro del suo operato il malato inserito nel suo contesto socio-famigliare, lo accompagna nel percorso di malattia anche in fase terminale, e lo sostiene con interventi coordinati e integrati con l'equipe curante, interventi finalizzati ad alleviare il dolore psicologico sviluppando una efficace relazione di aiuto con il malato stesso e con la famiglia. Attraverso l'ascolto attivo, il volontario offre al malato e ai suoi famigliari la possibilità di comunicare i vissuti emotivi trasmettendo solidarietà e vicinanza. Nell'esercizio delle sue attività, il volontario può assumere il ruolo di trait d'union fra il paziente, la famiglia e il personale sanitario con cui condivide gli obiettivi assistenziali. Non è una figura professionale, fa parte dell'equipe e dell'Organizzazione cui appartiene e a cui riferisce il suo operato.

A chi si rivolge:

L'azione del volontario è rivolta alla persona malata considerata nella sua dignità, nella sua integrità e nel contesto delle relazioni familiari, sociali e culturali in cui vive.

Funzioni e attività

Le principali attività del volontario si identificano in attività di sostegno relazionale e sociale al malato e alla famiglia caratterizzate da: un mantenimento di comunicazione continua tra malato e familiare e il servizio di assistenza; il supporto nell'espletamento delle attività di vita quotidiana; sensibilizzazione e orientamento a corretti stili di vita, l'affiancamento al malato e l'aiuto alla famiglia nella gestione organizzativa della giornata garantendo anche una presenza nei periodi di assenza temporanea del caregiver; attività diversionali; confronto e vicinanza nel tempo dell'aggravamento e dopo il decesso.

Al volontario possono essere attribuite anche attività di tipo organizzativo, di segreteria, di fundraising e attività promozionali riferite all'associazione di appartenenza e più in generale alla promozione dei principi delle cure palliative.

Nell'esercizio delle sue attività il volontario si ispira a valori fondati sulla gratuità del servizio, promozione umana, solidarietà e sussidiarietà, partecipazione sociale, libertà e autonomia. In questo modo si impegna a promuovere la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure .

Percorso formativo di base

Accesso al percorso formativo: selezione

Il programma di selezione dei volontari ha lo scopo di valutare l'idoneità dell'aspirante volontario e prevede **un colloquio orale e la valutazione del curriculum**.

Il colloquio è attuato preferibilmente da uno psicologo o comunque da una figura (ad es.il coordinatore dei volontari) che possegga competenze relazionali e nel campo dell'osservazione della comunicazione (verbale e non verbale), oltre che capacità di lettura dell'analisi motivazionale e delle aspettative del futuro volontario. Attraverso il colloquio, chi opera la selezione, approfondisce le seguenti aree di indagine: la dimensione motivazionale (equilibrio tra motivazione autocentrata e motivazione eterocentrata); la dimensione psicologica ed emozionale (capacità di reazione ad eventi stressanti e particolarmente coinvolgenti); la dimensione relazionale (capacità di stabilire rapporti empatici con l'altro); le aspettative (idoneità e possibilità effettiva di ritrovare risposta a bisogni individuali); la storia personale in rapporto al tema della malattia e alla dimensione del lutto (accordo tra emotivo e cognitivo nell'affrontare tematiche specifiche di malattia e morte, valutando se ci sono state perdite nella vita del soggetto richiedente, considerandone l'entità e il coinvolgimento).

La valutazione del curriculum permetterà al candidato di descrivere il suo percorso professionale/lavorativo, i percorsi formativi pregressi, i suoi interessi, hobby, impegno in attività ritenute rilevanti per la selezione in oggetto (attività sociali, culturali etc..).. In questo modo il valutatore potrà completare la descrizione e la valutazione del candidato individuando le motivazioni, le capacità e le potenzialità del candidato utili ai fini dell'accesso al percorso formativo.

In particolare, nel colloquio orale e nella valutazione del curriculum si dovrà porre particolare attenzione ai seguenti elementi:

Età

L'aspirante volontario deve avere un'età superiore ai 18 anni. Questo dato oltre che essere in accordo alle considerazioni di ordine legale ed assicurativo, è volto a garantire una maturità anagrafica ed esistenziale, premessa indispensabile per confrontarsi con il mondo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore.

Stato di vita e ambito del servizio

Obiettivo della selezione è quello di connettere la richiesta dell'attività di volontariato allo stato di vita dell'aspirante volontario, valutando in maniera opportuna il settore entro cui il pensionato, l'adulto o il giovane è opportuno che operi. A questo proposito è importante avere elementi circa eventuali pregresse esperienze di servizio in altre associazioni, così da individuare il contesto operativo più idoneo.

Storia Personale, Fine vita e Cure Palliative

È indispensabile considerare anche la motivazione latente che spinge il volontario ad interessarsi del mondo delle Cure Palliative. Se l'aspirante volontario ha subito un lutto importante, si ritiene necessario che trascorrano almeno due anni prima di poter operare in un contesto così particolarmente esposto alla fine della vita. La selezione ha come obiettivo anche quello di verificare un personale equilibrio del futuro volontario su una tematica così estrema come quella della morte.

Corso di formazione di base

Per poter esercitare l'attività di volontariato è d'obbligo seguire un percorso formativo di base. Il corso di formazione di base prevede un minimo di 12 ore di parte teorica e un minimo di 20 ore di tirocinio pratico. Il corso di formazione è organizzato dagli Enti del Terzo settore, operanti nell'ambito della rete locale di cure palliative e terapie del dolore, riconosciuti ai sensi alla normativa vigente.

Metodologia didattica

La programmazione didattica dei corsi di formazione dei volontari prevede il raggiungimento di obiettivi formativi basati su competenze "trasversali" e non specialistiche, con particolare attenzione alla relazione interpersonale, alla comunicazione con il malato, la famiglia e all'interno dello staff, all'ascolto empatico, alla capacità di collaborare e confrontarsi con gli altri professionisti, alla responsabilità e alla capacità di valorizzare le esperienze e le competenze altrui. La metodologia didattica deve essere coerente con gli obiettivi formativi. Servono pertanto metodologie conseguenti: se le competenze da acquisire più che conoscenze, sono skills e modalità di intervento, è necessario che l'impianto metodologico tenga conto degli stessi principi che sono alla base del lavoro d'equipe: multidimensionalità, interprofessionalità e transdisciplinarietà.

L'acquisizione da parte del volontario delle conoscenze specifiche e delle abilità (cognitive, pragmatiche e relazionali) necessarie all'espletamento dei compiti descritti nel core curriculum richiede un intervento formativo progettato ad hoc. Ciò presuppone il ricorso a strategie formative che garantiscano la migliore efficacia in termini di accrescimento delle conoscenze e di acquisizione di abilità.

La scelta delle metodologie didattiche deve avvenire in piena coerenza con gli obiettivi formativi. In particolare dovranno essere valorizzati i metodi che consentono apprendimenti interdisciplinari e lo sviluppo

di capacità di lavoro integrato e di gruppo. Le tecniche didattiche dovranno pertanto garantire il massimo coinvolgimento dei discenti, con la possibilità di applicare in situazioni simulate quanto viene proposto nel corso del training formativo e prevedere lavori in piccolo gruppo (con successive fasi di discussione in sessione plenaria tra i vari gruppi ed i docenti) al fine di favorire il confronto tra le diverse esperienze dei partecipanti, l'apprendimento riflessivo e la costruzione collaborativa della conoscenza.

Il corso di formazione dovrà essere articolato in un tempo adeguato e dovrà prevedere sia formazione teorica d'aula sia attività di formazione sul campo.

La formazione d'aula dovrà prevedere congiuntamente:

• didattica formale (lezioni frontali, letture magistrali);

• tecniche interattive in cui la partecipazione dei volontari costituirà il fulcro del processo di apprendimento (lavori di gruppo, discussione di casi, analisi dell'esperienza, role-playing, simulazioni, focus group).

La formazione sul campo dovrà partire dall'esperienza concreta dei volontari già inseriti nei servizi delle reti per creare contesti di apprendimento efficaci per i nuovi volontari. I nuovi volontari andranno inseriti in ambiti organizzativi valorizzati come luoghi di apprendimento e saranno affiancati da "volontari tutor" la cui formazione dovrà essere coerente, riconosciuta e valorizzata nell'organizzazione del lavoro. Per la formazione sul campo dei volontari sarà necessari dotarsi di standard minimi di progettazione, gestione e valutazione dei percorsi di tirocinio.

Obiettivi

- Fornire conoscenza sulla storia e i principi delle cure palliative e della terapia del dolore sul contesto specifico in cui il candidato presterà servizio;
- Fornire strumenti per identificare potenzialità e limiti del ruolo del volontario e definire gli ambiti specifici delle sue attività;
- Fornire al volontario gli strumenti tecnici, relazionali e comunicativi per supportare emotivamente e praticamente il malato e i familiari nei diversi setting assistenziali e nel corso della evoluzione della malattia
- Sviluppare nel volontario il senso di appartenenza all'organizzazione e aiutarlo ad acquisire capacità finalizzate a promuovere la cultura della lotta contro il dolore e la salvaguardia della dignità della vita umana
- Sviluppare nel volontario le competenze necessarie per connettersi con gli altri nodi delle reti di cure palliative e terapie del dolore con l'obiettivo di ottimizzare forme di cooperazione e collaborazione
- Far acquisire al volontario competenze specifiche per la ricerca e la raccolta di fondi finalizzate al finanziamento delle attività delle associazioni

Contenuti

I contenuti del processo di formazione si dividono in tre macro-aree:

- area delle competenze tecniche, finalizzate alla costruzione dell'identità di ruolo e all'acquisizione di conoscenze inerenti le nozioni generali sulla malattia inguaribile, sulle cure palliative e terapia del dolore;
- area delle competenze comunicative e relazionali finalizzate allo sviluppo di capacità di dialogo, di relazione empatica con gli assistiti e con le loro famiglie, alla gestione delle emozioni e strutturazione di comportamenti resilienti, allo sviluppo di relazioni di coping e di sostegno nell'acquisizione di pratiche di self care,
- area della capacità di agire nella comunità locale. In quest'ultimo ambito rientreranno i contenuti formativi relativi alla cultura della solidarietà, alla promozione del volontariato nelle cure palliative e terapie del dolore ed infine all'acquisizione di tecniche per il fundraising.

Tirocinio

La durata del tirocinio non deve essere inferiore alle 20 ore. Ogni volontario sarà affiancato da un tutor, volontario già in servizio da almeno 1 anno. Il tutor supporterà il tirocinante nel processo formativo pratico, favorendo l'integrazione tra teoria e pratica, verificherà il processo di apprendimento e valuterà il raggiungimento degli obiettivi formativi in coerenza con le finalità del corso di formazione.

Profilo del tutor

Il tutor è la figura di riferimento e il garante del percorso formativo sul campo:

• interviene sulle condizioni di apprendimento;

• guida il percorso di formazione, individuale o collettivo, secondo le fasi e le modalità previste;

• esercita la funzione di raccordo fra formandi, docenti, esperti e organizzazione;

• garantisce nel tempo il mantenimento degli scopi e degli obiettivi;

• pianifica con ogni tirocinante il percorso formativo, definisce gli obiettivi e ne verifica la progressione. Aiuta a riflettere sui modi di apprendimento, sulle difficoltà e i successi, sull'inserimento nel gruppo;

• rileva e registra gli elementi di controllo e valutazione del processo;

• collega le aree disciplinari e aiuta nelle connessioni, nello sviluppo degli approfondimenti, nella pianificazione del lavoro individuale;

• garantisce l'efficacia della comunicazione risolvendo eventuali problemi organizzativi e comunicativi che si creano.

Capacità – competenze del tutor

• possiede buone capacità di gestione delle relazioni interpersonali e di comunicazione;

• possiede buone capacità di coordinamento, collaborazione e concertazione con i colleghi;

• sa utilizzare differenti "metodi" o supporti didattici;

• è in grado di governare contenuti e fasi del processo didattico e di integrare eventuali carenze;

• conosce molto bene il contesto organizzativo;

• ha una conoscenza approfondita del progetto complessivo e ne condivide gli scopi.

La formazione del tutor

La formazione dei tutor dovrà essere promossa dalle Organizzazioni di volontariato. Il programma di formazione dovrà comprendere:

• obiettivi e struttura dei tirocini con indicazione di principi e modelli di riferimento;

• apprendimento sul campo con indicazione di principi e metodologie;

• il progetto e il controllo del processo prevedendo esercitazioni pratiche;

• il ruolo del tutor.

Valutazione finale

La valutazione finale verrà effettuata dal responsabile del processo formativo che, acquisito il parere del tutor, effettuerà un **colloquio finale** con il tirocinante ed esprimerà una valutazione conclusiva.

Percorso formativo avanzato

Possono essere previsti percorsi formativi avanzati con moduli integrativi connessi alla necessità di sviluppare ulteriori competenze in contesti specifici:

- Ambito pediatrico, adolescenziale, geriatrico
- Contesto multiculturale
- Contesto familiare difficile
- Malati affetti da patologie neurologiche o altre patologie croniche degenerative

Formazione continua

Ai volontari deve essere garantita una adeguata formazione permanente. La frequenza alle proposte formative è obbligatoria. La formazione è a cura dell'Organizzazione di volontariato, in collaborazione con i servizi delle reti locali di cure palliative e di terapia del dolore.

Obiettivi della formazione permanente sono:

• garantire il continuo aggiornamento e approfondimento delle competenze e capacità necessarie allo svolgimento del servizio;

• costituire un gruppo di lavoro in grado di favorire un confronto e uno scambio di contenuti e di emozioni sull'attività di volontariato;

• mantenere il collegamento e il senso di appartenenza del volontario all'Organizzazione.

La formazione alternerà lezioni d'aula, role playing, simulazioni, discussioni di casi e supervisioni in accordo al programma e alle necessità rilevate.

Particolarmente rilevanti per la formazione permanente nelle Cure Palliative sono:

- la dimensione psicologica della malattia e del morire;
- il ruolo dei volontari, riconoscimento delle proprie risorse e dei propri limiti relazionali;
- la comunicazione verbale e non verbale;
- la famiglia, il sistema e le dinamiche familiari;
- il ruolo del volontario all'interno dell'equipe di Cure Palliative;
- aggiornamento sulle Cure Palliative e la Terapia del Dolore;
- l'attività dell'Organizzazione, evoluzione della mission e delle iniziative di promozione;
- l'attività del volontario, studio e discussione dei casi

Mauro
Nicastro
14.12.2022
12:16:57
GMT+00:00

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari
Tel. 080 540 6372 / 6524
Sito internet: http://burp.regione.puglia.it
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)

FRANCESCO
MONACO
27.12.2022
11:13:13
UTC