#### REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE

### **DELLA REGIONE PUGLIA**

Anno XXXVII

BARI, 24 GENNAIO 2006

N. 12

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

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 60225323 intestato a Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.

Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da  $\in$  14,62, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di  $\in$  154,94 oltre IVA al 20% (importo totale  $\in$  185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di  $\in$  11,36 oltre IVA (importo totale  $\in$  13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righi per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 60225323 intestato a **Regione Puglia - Tasse, tributi e proventi regionali - Codice 3119.** 

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

#### ATTENZIONE:

Il Numero di c/c postale per i versamenti è cambiato. Il nuovo numero è 60225323. Utilizzare i bollettini prestampati indicando nell'apposita casella

IL NUMERO DI CODICE PER IL BOLLETTINO UFFICIALE N. 3119.

#### 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 28 dicembre 2005, n. 1970

L. 23/12/98, n. 448, art. 71. DD.G.R. n. 268 dell'11/3/2003 e n. 391 del 30/3/2004 concernenti "Approvazione piano straordinario d'interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto". Attuazione. Presa d'atto protocollo d'intesa.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2005, n. 2037

Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007. Approvazione del Piano regionale Vaccini triennio 2005-2007.

Pag. 932

#### PARTE SECONDA

#### Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2005, n. 1970

L. 23/12/98, n. 448, art. 71. DD.G.R. n. 268 dell'11/3/2003 e n. 391 del 30/3/2004 concernenti "Approvazione piano straordinario d'interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto". Attuazione. Presa d'atto protocollo d'intesa.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dr. Alberto Tedesco, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 1 Programmazione e Gestione Sanitaria, confermata dallo stesso Dirigente e dal Dirigente di Settore riferisce quanto segue:

Con Deliberazione n. 268 dell'11/3/2003, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 47 del 6/5/2003, la Giunta Regionale ha approvato il Piano SISAPU – Sistema Integrato Sanitario Pugliese – articolato nei progetti SISABA e SISATA, concernenti rispettivamente la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto a norma dell'art.71 della Legge n. 448/98, per un importo complessivo pari a Euro 65.951.546,01 (Euro 44.260.356,25 per Bari ed Euro 21.691.189,76 per Taranto).

In particolare per l'attuazione del Piano sono state individuate tre tipologie d'intervento:

1) Management e Metodologico. Tale sotto progetto si sostanzia nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'inter operabilità dei servizi sanitari che curerà il management del Piano SISAPU, comune per le città di Bari e Taranto, garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

- 2) Infrastrutturale Telematico.I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra loro e finalizzate a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.
- 3) Strutturale Tecnologico. In questo sotto progetto s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari con interventi urbanistici connessi a viabilità e a zone di parcheggio.

Il Piano SISAPU predisposto dalla Regione Puglia è stato esaminato ed approvato dal Nucleo Interregionale di Valutazione, istituito presso il Ministero della Salute, in data 16 Aprile 2003 per un importo complessivo pari a Euro 65.951.546,01.

Con nota del 25 Luglio 2003 il predetto Ministero comunicava la riduzione del finanziamento, effettuata con DD.P.C.M. del 22/11/02 e del 7/3/03, da Euro 65.951.546,01 ad Euro 30.954.965.94 (di cui Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144.786,94 per la città di Taranto) invitando l'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia ad effettuare una riprogrammazione regionale degli investimenti previsti in funzione del finanziamento disponibile ed a comunicare eventuali variazioni sulla ripartizione delle somme tra le due città.

Alla luce di quanto sopra questo Assessorato, d'intesa con l'ARES, dopo un'accurata analisi delle priorità, ha elaborato una proposta di riprogrammazione degli interventi, in relazione alle somme disponibili attualmente e precisamente Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144. 786, 94 per la città di Taranto.

La rimodulazione degli interventi è stata sottoposta all'attenzione degli Enti coinvolti (AUSL BA/4, AUSL TA/1, A.O. "Policlinico", Comuni di Bari e Taranto) in una riunione tenutasi presso l'Assessorato alla Sanità il giorno 20 Gennaio 2004. Successivamente con la deliberazione n. 391 del 30/3/2004 la Giunta Regionale:

- ha preso atto del Quadro economico riepilogativo del Progetto SISAPU, approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 268 del-l'11/3/2003; (Allegato A)
- 2) ha approvato, a parziale modifica della precedente DGR n. 268/03, la rimodulazione del Piano SISAPU Sistema integrato sanitario pugliese nelle articolazioni dei Progetti Sisaba e Sisata (Allegato B), concernente il quadro economico riepilogativo degli interventi ritenuti prioritari a seguito della riduzione del finanziamento, effettuata con DD.P.C.M. del 22/11/02 e del 7/3/03, da Euro 65.951.546,01 a Euro 30.954.965,94 (di cui Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144.786,94 per la città di Taranto);
- 3) ha rinviato la pianificazione degli ulteriori interventi previsti dalla deliberazione n.268/03, a completamento del Piano SISAPU, in attesa delle disponibilità finanziarie stabilite dalla Legge finanziaria 2004 per gli anni 2005 e 2006;

Con nota n. 24/12546/1 del 15/4/2004 l'Assessore alla Sanità ha notificato al Ministero della Salute ed agli Enti interessati la predetta deliberazione richiedendo al Dicastero stesso le proprie determinazioni in merito e agli Enti interessati di prendere atto di quanto deliberato dalla Giunta Regionale.

Con nota n. 24/31444/1 del 16/11/2004 l'Assessore alla Sanità ha trasmesso agli Enti interessati una bozza di "protocollo d'intesa" finalizzato a regolamentare le azioni comuni e coordinate degli enti coinvolti nel programma di investimenti di che trattasi, al fine di prenderne visione ed eventualmente proporre delle modifiche.

Dopo alcuni incontri necessari per apportare integrazioni o modifiche le Amministrazioni interessate hanno manifestato la piena adesione al predetto protocollo d'intesa.

In data 27 Giugno 2005 il predetto "Protocollo d'intesa" è stato sottoscritto dai rappresentanti

legali pro – tempore degli Enti interessati o loro delegati.

Come già previsto nel progetto approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 268 dell'11/3/2003, il progetto SISAPU si articola su tre livelli diversi tra i quali vi è il livello di Management e Metodologico che si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'inter operabilità dei Servizi Sanitari (CISS) che curerà tutte le attività di management, di sensibilizzazione, di promozione del progetto, di armonizzazione dell'esistente, per le città di Bari e Taranto.

Il CISS che curerà la gestione del progetto è formato dalla rappresentanza di tutte le Amministrazioni partecipanti con responsabilità di Coordinamento strategico definitivo del progetto. E' formato da due comitati responsabili della definizione, del coordinamento e del monitoraggio delle aree omogenee del progetto e precisamente dal Consiglio di Progetto e dal Comitato Esecutivo, quest'ultimo potrebbe nominare per delega il Comitato degli utenti, di Marketing ed i comitati di gestione dei singoli sotto progetti.

Il Consiglio di Progetto pertanto formato dai rappresentanti di tutte le Amministrazioni partecipanti sarà presieduto dal Presidente della Regione o su delega dall'Assessore alle Politiche della Salute.

Il Comitato esecutivo, responsabile della gestione esecutiva delle attività (coordinamento, indirizzo, monitoraggio e verifica di tempi e modi di conduzione delle attività stesse) è formato dal Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria, dal Dirigente dell'Ufficio Programmazione Sanitaria dello stesso Settore, dal Direttore Generale dell'ARES, dai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. BA/4 e TA/1, dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" di Bari, dai Sindaci di Bari e Taranto o loro delegati.

Le principali funzioni del Comitato esecutivo sono le seguenti:

• Gestione delle varie attività del Progetto durante la sua evoluzione;

- Definizione delle strategie e delle proposte nelle aree singolarmente interessate del progetto (tecnico, di marketing, di utenza) discusse dal Consiglio di Progetto;
- Gestione degli aspetti finanziari del progetto;
- Verifica, certificazione ed approvazione dei risultati degli operatori individuali e dei collaboratori, in termini di conformità con il piano di lavoro e nel rispetto dei livelli di qualità;
- L'Armonizzazione e la sinergia evolutiva di ogni area che riguarda il Progetto.

Per altro verso va rilevato che la Giunta Regionale con deliberazione n. 1423 del 30/9/2002 ha destinato agli Accordi di Programma Quadro (APQ) – previsti dall'intesa Istituzionale di Programma (IIP) sottoscritta tra il Governo della Repubblica e la Regione Puglia in data 15/2/2000 – le risorse finanziarie messe a disposizione della Regione con le deliberazioni CIPE di riparto delle somme assegnate alle aree sottoutilizzate n. 142/99, n. 84/00 e n. 138/00;

La Giunta regionale, inoltre, con deliberazione n. 788 del 25/05/2004 ha approvato nell'importo complessivo di Euro 30.350.000,00 l'elenco delle iniziative da inserire nell'APQ Società dell'Informazione tra i quali rientra il progetto SI 008 "Rete dei medici di Medicina Generale" per l'importo complessivo di Euro 4.779.00,00;

Con DGR n. 1108 del 26/07/2005 la Giunta ha approvato il progetto SJ 004 "Rete dei Medici di Medicina Generale - Completamento" per l'importo complessivo di Euro 4.000.00,00;

Va altresì rilevato che la Giunta Regionale con deliberazione n. 1487 del 05/10/2004:

 ha preso atto dell'Accordo di Programma Quadro "APQ in materia di e-government e Società dell'Informazione nella Regione Puglia" sottoscritto tra la Regione Puglia, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Presidenza del Consiglio de Ministri ed il Ministero per le Innovazioni e le Tecnologie in data 4 agosto 2004, riguardante gli interventi approvati dal CIPE con delibera n. 17/2003 e dalla Giunta regionale con DGR 788/2004; ha provveduto ad apportare le conseguenti variazioni di bilancio disponendo, altresì, che agli impegni e liquidazioni del progetto SI 008 "Rete dei Medici di Medicina Generale", dell'importo di Euro 4.779.000, dovrà provvedere il Responsabile del Settore Sanità.

e con deliberazione n. 1232 del 30/08/2005:

- ha preso atto dell'Accordo di Programma "in materia di e-government e società dell'Informazione nella regione Puglia" – I Atto Integrativo sottoscritto in data 28 luglio 2005, agli atti dell'Area delle Politiche Comunitarie, riguardante gli interventi ammessi a finanziamento a valersi sulle delibere CIPE n. 83/2003, 8/2004 e 20/2004 e sui fondi UMTS – linea 1, II Fase e-government;
- ha provveduto ad apportare le conseguenti variazioni di bilancio disponendo, altresì, che agli impegni e liquidazioni per l'attuazione del progetto SJ 004 "Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG) Completamento" per l'importo complessivo di Euro 4.000.000,00 dovrà provvedere il Responsabile del Settore Sanità.

Al riguardo si evidenzia che:

- la RMMG, come indicato nell'APQ integrativo, persegue gli obiettivi fondamentali di miglioramento dell'accessibilità dei servizi, di efficienza nell'erogazione delle prestazioni, di ottimizzazione dei processi burocratico-amministrativi e di miglioramento del processo di cura dell'assistito, delinea un percorso progettuale lungo e complesso, che ad oggi risente di un passato caratterizzato da scarsa organicità e sistematicità delle iniziative in quasi tutte le Regioni;
- la Regione Puglia prevede di realizzare il progetto attraverso due interventi complementari. Il primo intervento da realizzare attraverso i finanziamenti di cui all'APQ del 4 agosto 2004 per il progetto "Rete dei Medici di Medicina Generale"; il secondo con i finanziamenti derivanti dalla Delibera CIPE 13 novembre 2003, n. 83, punto B Larga Banda per il progetto di "Servizi di telemedicina specializzata e di teleformazione su rete a larga banda";
- che nella scheda tecnica del progetto viene individuato quale responsabile di progetto per la Regione Puglia il dott. Vincenzo Pomo Direttore

Sanitario dell'ARES e per l'attuazione il Centro Tecnico Regionale – Tecnopolis Csata S.c.r.l.;

Va inoltre rilevato che la Giunta con delibera n. 945 del 07/07/2005:

- ha approvato la Convenzione Quadro con la Società Tecnopolis Csata s.c.r.l., sottoscritta in data 27 luglio 2005;
- che la Convenzione prevede al punto d) dell'art 4 tra le "Attività di competenza di Tecnopolis in qualità di Amministrazione Aggiudicatrice" la realizzazione della Rete dei Medici di Medicina Generale:
- che la Società Tecnopolis Csata s.c.r.l. con nota n. 627/APQ/RMMG del 23/08/2005 ha trasmesso la proposta di progetto definitivo, contenente il cronoprogramma ed il quadro economico, relativo all'intervento in oggetto al Responsabile di progetto;
- il progetto definitivo trasmesso prevede, a seguito degli adeguamenti richiesti ed approvati dal Responsabile di progetto, una spesa complessiva di Euro 11.653.000 con un aumento di Euro 2.874.000 rispetto all'importo complessivo previsto di Euro 8.779.000,00;
- che il responsabile di progetto con propria nota n. 3491 del 08/09/2005 ha provveduto a trasmettere il progetto di cui sopra, munito del proprio parere favorevole, al Responsabile dell'APQ Società dell'Informazione che con nota n. 3459/FC del 29/09/2005 ha provveduto ad inviare tale progetto al Settore Sanità per i successivi adempimenti di competenza, richiedendo, altresì di valutare la possibilità di finanziare la differenza di Euro 2.874.000 con fondi dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
- che il Settore Programmazione e Gestione Sanitaria con propria determinazione dirigenziale n. 548 del 7/11/2005 ha provveduto ad approvare il progetto definitivo ed il relativo cronoprogramma relativo al progetto SI 008 SJ 004 "Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG)" redatto dalla Soc. Tecnopolis Csata di Valenzano;

Per tutto quanto sopra esposto, tenuto conto che il progetto SI 008 e SJ 004 "Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG)" va ad implementare ed ampliare il sottoprogetto Rete dei Medici di Base di cui al Piano Straordinario di interventi per la

riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle Città di Bari e Taranto ex art. 71 L.448/98, si propone alla Giunta Regionale, con il presente atto, di esprimere assenso affinché i fondi destinati alle AA.UU.SS.LL. BA/4 e TA/1 per la rete dei Medici di Base vengano impiegati per finanziare la differenza di Euro 2.874.000,00 necessaria per completare la progettazione dell'anzidetto progetto.

In una apposita riunione tenutasi presso l'Assessorato alle Politiche della Salute il giorno 20/10/2005 alla presenza di tutte le Amministrazioni interessate, si è convenuto che la progettualità riferita al sotto progetto Rete dei Medici di Base venga attuata dalla Società Tecnopolis di Valenzano in favore delle Aziende UU.SS.LL.BA/4 e TA/1 sia per gli interventi previsti nella I° fase che per quelli previsti nella seconda fase, previa autorizzazione del Ministero della Salute.

In proposito occorre evidenziare che il suddetto Ministero è stato interessato dalla problematica con nota del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria n.24/752/PGS del 29/11/2005...

Occorre inoltre con il presente provvedimento che la Giunta Regionale:

- a) prenda atto del documento "Protocollo d'intesa per la realizzazione del Piano Straordinario d'Interventi per la riqualificazione dell'Assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto di cui all'art. 71 della L.448/98 " (Allegato A) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e di approvare la ripartizione delle risorse di cui all'allegato B) a detto protocollo nonché la tabella di ripartizione dei fondi ministeriali destinati alla progettazione (allegato C al protocollo d'intesa);
- b) prenda atto della costituzione del CISS Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari composto dal Consiglio di Progetto e dal Comitato esecutivo di progetto come sopra indicati;
- c) autorizzi l'Assessore alle Politiche della Salute a presiedere il Consiglio di Progetto in sostituzione del Presidente della Regione Puglia;
- d) dia mandato all'Assessore alle Politiche della Salute di inviare alla Giunta Regionale, per la

- sua approvazione, la ripartizione dei fondi ministeriali assegnati per gli anni 2005 e 2006;
- e) dia mandato al Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria di provvedere con proprio atto all'impegno e liquidazione delle somme destinate alla progettazione in favore degli Enti assegnatari come da prospetto allegato C) al Protocollo d'intesa, parte integrante della presente deliberazione;
- f) incarichi l'Assessore alle Politiche della Salute, in rappresentanza dell'Ente Regione, di provvedere alla richiesta dei fondi ministeriali come stabilito dal Decreto del Ministero della Sanità del 5/4/2001 e dall'Accordo stipulato in Conferenza Stato Regioni del 19/12/2002, di concerto con gli Enti interessati al programma;
- g) esprima parere favorevole affinché i fondi destinati alle Aziende UU.SS.LL. BA/4 e TA/1 per la rete dei Medici di Base di cui al Piano Straordinario di Interventi ex art. 71 L. 448/98 vengano impiegati per finanziare la differenza di Euro 2.874.000,00 necessaria per completare la progettazione del richiamato progetto, previa autorizzazione del Ministero della Salute, utilizzando oltre ai fondi di cui al presente atto anche quelli già assegnati a questa Regione con i DD.MM. del 6 Luglio 2004, relativi agli anni 2005 e 2006.

#### COPERTURA FINANZIARIA

Le spese derivanti dal presente provvedimento, ammontanti ad Euro 30.954.965,94, assegnate dal Ministero della Salute con D.M. 4/5/2001 ed impegnate in favore della Regione Puglia con decreto dirigenziale dello stesso Ministero del 15/7/2003, trovano copertura finanziaria sul capitolo 751095 del Bilancio di Previsione 2005 della Regione Puglia. Alla relativa iscrizione sul pertinente capitolo di bilancio si è provveduto con deliberazione di G.R. n. 563 del 20/4/2004. All'impegno di spesa relativo si provvederà con successivo atto dirigenziale del Settore Sanità.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni.

> Il Dirigente l'Ufficio 1 Dott.ssa Antonia Marra

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. a, della L.R. n. 7/97.

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

#### LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'Istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

- di approvare la relazione presentata dall'Assessore alla Politiche della Salute che qui si intende integralmente riportata;
- di prendere atto del documento "Protocollo d'intesa per la realizzazione del Piano Straordinario d'Interventi per la riqualificazione dell'Assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto di cui all'art. 71 della L.448/98 " (Allegato A ) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e di approvare la ripartizione delle risorse di cui all'allegato B) a detto protocollo nonché la tabella di ripartizione dei fondi ministeriali destinati alla progettazione (allegato C del protocollo);
- di prendere atto della costituzione del CISS Coordinamento per l'Inter operabilità dei Servizi Sanitari composto dal Consiglio di Progetto e dal Comitato esecutivo di progetto come sopra indicati e che qui si intende integralmente riportata;
- di delegare l'Assessore alle Politiche della Salute a presiedere il Consiglio di Progetto;

- di dare mandato al Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria di provvedere con proprio atto all'impegno e liquidazione delle somme destinate alla progettazione in favore degli Enti destinatari come da prospetto allegato C) al predetto Protocollo D'Intesa;
- di delegare l'Assessore alle Politiche della Salute, in rappresentanza dell'Ente Regione, a provvedere alla richiesta dei fondi ministeriali come stabilito dal Decreto del Ministero della Sanità del 5/4/2001 e dall'Accordo stipulato in Conferenza Stato Regioni del 19/12/2002, di concerto con gli Enti interessati al programma;
- di rinviare la pianificazione degli ulteriori interventi previsti dalla deliberazione n.268/03, a completamento del Piano SISAPU, con le disponibilità finanziarie previste dalla Legge finanziaria 2004 per gli anni 2005 e 2006, assegnati con i DD.MM. del 6/7/2004;

- di incaricare l'Assessore alle Politiche della Salute di trasmettere il presente provvedimento agli Enti interessati ed al Ministero della Salute per gli adempimenti consequenziali;
- di esprimere parere favorevole affinché i fondi destinati alle Aziende UU.SS.LL. BA/4 e TA/1 per la rete dei Medici di Base di cui al Piano Straordinario di Interventi ex art. 71 L. 448/98 vengano impiegati per finanziare la differenza di Euro 2.874.000,00 necessaria per completare la progettazione del suddetto progetto, previa autorizzazione del Ministero della Salute, utilizzando oltre ai fondi di cui al presente atto anche quelli già assegnati a questa Regione con i DD.MM. del 6 Luglio 2004, relativi agli anni 2005 e 2006;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP;

Il Segretario della Giunta Dr. Romano Donno Il Presidente della Giunta On. Nichi Vendola



### REGIONE PUGLIA

# ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE SANITARIA

IL PRESENTE PROVVEDIMENTO SI COMPONE DI:

ALLEGATO A) N. 13 FOGLI

IL DIRIGENTE DI SETTORE (Lucia Buonamico )

#### ALLEGATO A)

# PROTOCOLLO D'INTESA PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO STRAORDINARIO D'INTERVENTI PER LA RIQUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELLE CITTA' DI BARI E TARANTO A NORMA DELLA L. N.448/98, ART. 71.

Il presente documento costituisce Atto Unico d'intesa tra

- il Presidente della Regione Puglia On. Dr. Nichi Vendola
- il Sindaco del Comune di Bari Dr. Michele Emiliano
- il Sindaco del Comune di Taranto Dott.ssa Rossana Di Bello
- il Direttore Generale f.f. della AUSL BA/4 di Bari Dr. Giulio Cappelluti Tasti
- il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico" di Bari Dr. Pompeo Traversi
- il Direttore Generale della AUSL TA/1 di Taranto Dr. Michele Petroli

per la realizzazione degli interventi previsti dal piano straordinario per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto, a norma della Legge 448/98 art. 71.

#### Premesso che

- con Deliberazione n. 268 dell'11/3/2003, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 47 del 6/5/2003, la Giunta Regionale ha approvato il Piano SISAPU Sistema Integrato Sanitario Pugliese articolato nei progetti SISABA e SISATA, concernenti rispettivamente la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e di Taranto a norma dell'art.71 della Legge n. 448/98, per un importo pari a Euro 65.951.546,01 (Euro 44.260.356,25 per Bari ed Euro 21.691.189,76 per Taranto), al netto dei cofinanziamenti previsti dai Comuni di Bari e Taranto.
  - per l'attuazione del Piano sono state individuate le seguenti tre tipologie d'intervento:

Management e Metodologico : - tale sotto progetto si sostanzia nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che curerà il management del Piano SISAPU, comune per le città di Bari e Taranto, garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute;

Infrastrutturale Telematico: - i problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra loro e finalizzate a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed ospedalieri già presenti a Bari e Taranto;

**Strutturale** – **Tecnologico** : - in questo sotto progetto s'intende realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari con interventi urbanistici connessi a viabilità e a zone di parcheggio.

Inoltre sono previsti interventi con l'acquisizione di apparecchiature medicali sia a Bari che a Taranto;

- il Piano SISAPU, predisposto dalla Regione Puglia, è stato esaminato ed approvato dal Nucleo Interregionale di Valutazione, istituito presso il Ministero della Salute, in data 16 Aprile 2003 per un importo complessivo pari a Euro 65.951.546,01, al netto del cofinanziamento;
- con nota del 25 Luglio 2003 il predetto Ministero comunicava la riduzione del finanziamento, effettuata con D.P.C.M. del 20/3/02 e D.P.C.M. del 7/3/03, da Euro 65.951.546,01 ad Euro 30.954.965.94 (di cui Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144.786,94 per la città di Taranto), invitando l'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia ad effettuare una riprogrammazione regionale degli investimenti previsti in funzione del finanziamento disponibile ed a comunicare eventuali variazioni sulla ripartizione del finanziamento tra le due città;
- con nota dell'8 Ottobre 2003, riguardante la proposta del Ministro della Salute di ripartizione delle risorse recate dalla Legge 27 Dicembre 2002 n. 289, tabella D, destinate al finanziamento degli interventi ex art. 71 Legge 448/98, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze ed alle Regioni la proposta di ripartizione di 100 milioni di Euro, previsti dalla Finanziaria 2003, con disponibilità per l'anno 2005;
- con nota n. 54 del 7 Gennaio 2004, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha espresso l'assenso alla proposta di ripartizione di cui sopra, che comporta per il 2005 la disponibilità di ulteriori Euro 10.476.061,16 per la città di Bari ed Euro 5.113.965,06 per la città di Taranto, e conferma lo stanziamento della quota residua di 160 milioni di Euro, con disponibilità per l'anno 2006, a reintegro totale delle somme decurtate dai citati Decreti 20/3/02 e 7/3/03, al fine di consentire il completamento del Piano approvato;
- con nota n. 100/SCPS /17.14800 del 29/10/2003 il Ministero della Salute ha comunicato che con decreto 15/7/2003 sono state erogate alla Regione Puglia risorse finanziarie per Euro 876.354,34 importo, che sommato a £. 1.3 miliardi già erogati ed utilizzati per il pagamento del progetto ISBEM, costituisce il 5% della somma assegnata alla Regione Puglia con il D.M. 5 Aprile 2001 (al netto delle decurtazioni previste dai DPCM 20/3/02 e 7/3/03). ed è stato assunto l'impegno di spesa sul pertinente capitolo del Bilancio dello Stato della somma complessiva di Euro 30.954.965,94 di cui Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144. 786, 94 per la città di Taranto.
- L' Assessorato alla Sanità, d'intesa con l'ARES, dopo un'accurata analisi delle priorità, ha elaborato una proposta di riprogrammazione degli interventi, in relazione alle somme disponibili attualmente e precisamente Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144. 786, 94 per la città di Taranto.

La Giunta regionale con deliberazione n. 391 del 30/3/2004 :

- ha preso atto del *Quadro economico riepilogativo del Progetto SISAPU*, approvato con D.G.R. n. 268 dell'11/3/2003, allegato A) al provvedimento di Giunta per farne parte integrante; lo stesso fa parte integrante del presente protocollo d'intesa come *allegato "A"*;
- a parziale modifica della propria precedente deliberazione n. 268 dell'11/3/2203, ha approvato la *Rimodulazione del Progetto SISAPU* Sistema integrato sanitario pugliese nelle articolazioni dei Progetti SISABA e SISATA così come esposto nella tabella Allegato B) al provvedimento di Giunta per farne parte integrante, e concernente il quadro economico riepilogativo degli interventi ritenuti prioritari a seguito della riduzione del finanziamento, effettuata con DD.P.C.M. del 20/03/02 e del 7/3/03, da Euro 65.951.546,01 a Euro 30.954.965,94 ( di cui Euro 20.810.179,00 per la città di Bari ed Euro 10.144.786,94 per la città di Taranto); *l'allegato "B" corretto* fa parte integrante del presente protocollo d'intesa.
- si è riservata la pianificazione degli ulteriori interventi previsti dalla deliberazione n.268/03, a completamento del Piano SISAPU, con le disponibilità finanziarie previste dalla Legge finanziaria 2004 per gli anni 2005 e 2006;
- ha dato mandato all'Assessore alla Sanità di trasmettere il provvedimento agli Enti interessati ed al Ministero della Salute per gli adempimenti consequenziali.

Con nota prot. n. 24/12546/1 del 15/4/2004, la deliberazione di G.R. n. 391/04 è stata notificata al Ministero della Salute, al Direttore Generale dell'AUSL BA/4 di Bari, al Direttore Generale dell'AUSL TA/1 di Taranto, al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" di Bari, al Sindaco del Comune di Bari ed al Sindaco del Comune di Taranto . La suddetta nota è stata trasmessa , per conoscenza, al direttore dell'Agenzia regionale Sanitaria.

#### Considerato inoltre:

- che l'onere finanziario occorrente per la realizzazione della prima fase del piano straordinario d'interventi (Allegato "B" modificato a seguito dell'aggiornamento del programma di cofinanziamento del Comune di Taranto, trasmesso in data 13/01/05 con nota prot.10 dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Comunale) per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle città di Bari e Taranto, pari a complessivi Euro 63.828.424,72, risulta fronteggiato nel seguente modo:
  - per la città di Bari Euro 43.601.179,00 di cui :
     Euro 20.810.179, 00 corrispondente alla somma assegnata alla Regione Puglia con D.M.
     Sanità 5 Aprile 2001, comprensivi della quota già erogata per la progettazione (D.D. 5 dicembre 2000), e al netto delle decurtazioni previste dal DPCM 20 marzo 2002 e dal DPCM 7 marzo 2003 ;

Euro 22.791.000,00 corrispondente alla quota finanziata dal Comune di Bari per le opere strutturali elencate in dettaglio nella voce "cofinanziamento" di cui all'allegato "B" corretto;

- per la città di Taranto Euro 20.227.245,72 di cui :

Euro 10.144.786, 94 corrispondente alla somma assegnata alla Regione Puglia con D.M. Sanità 5 Aprile 2001, comprensivi della quota già erogata per la progettazione (D.D. 5 dicembre 2000), e al netto delle decurtazioni previste dal DPCM 20 marzo 2002 e dal DPCM 7 marzo 2003 ;

Euro 10.082.458,78 corrispondente alla quota finanziata dal Comune di Taranto per le opere strutturali elencate in dettaglio nella voce "cofinanziamento" di cui all'allegato "B" corretto;

- che occorre procedere, con il presente protocollo d'intesa alla impostazione delle procedure per l'attuazione della prima fase di intervento del piano di investimenti così come approvato dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 391 del 30/3/2004 impegnando le Amministrazioni interessate alla predisposizione degli atti progettuali degli interventi ed alla individuazione dei tempi di attuazione.
- che il Piano SISAPU si suddivide in sottoprogetti ed interventi come di seguito indicato :

#### 1 - "Management e Metodologico"

Il sotto progetto si concretizza nella costituzione ed il funzionamento del **Coordinamento Interoperabilità Servizi sanitari (CISS)**, che curerà il management del Piano SISAPU in tutte le sue linee d'azione, comune per Bari e Taranto, garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute. Per il funzionamento del CISS è prevista la spesa di Euro 300.000,00 per la città di Bari ed Euro 194.786,94 per la città di Taranto.

Il suddetto CISS è responsabile del coordinamento, indirizzo, monitoraggio e verifica di tempi e modi di conduzione di tutte le attività. Esso è formato da: Sindaco di Bari, Sindaco di Taranto, Direttore Generale della AUSL BA/4, Direttore Generale della AUSL TA/1, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico", Coordinatore del Settore Sanità, Direttore Generale dell'ARES (o da loro delegati).

I responsabili del procedimento di ogni singolo intervento sono responsabili della gestione esecutiva delle attività, e fanno parte del Coordinamento (CISS) per le problematiche relative ai progetti di loro competenza.

#### 2 - "Infrastrutturale telematico"

2.1 - Rete medici di base - obiettivo di questo intervento è di informatizzare i medici di base, integrarli nel SISR e di gestire le prescrizioni /prestazioni sanitarie rese alla popolazione mediante l'integrazione funzionale tra medicina ospedaliera e medicina generale al fine di facilitare la gestione del percorso della malattia nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione. L'obiettivo generale è pertanto l'implementazione di modalità di

comunicazione efficienti per mezzo di una rete telematica tra gli ambulatori dei Medici di Base, le strutture dipartimentali ospedaliere ed i vari servizi della AUSL. Per questo intervento, per la città di Bari, è prevista la spesa di Euro 500.000,00 Ente attuatore Azienda USL BA4 - tempi di attuazione: mesi 6 (sei) a partire dall'1 settembre 2005, e

- 2.2 Rete medici di base per la città di Taranto la spesa è di Euro 400.000,00. Ente attuatore Azienda USL TA1 tempi di attuazione: mesi 6 (sei) a partire dall'1.09.05.
- 2.3 Dipartimento tecnologico (DITA) l'obiettivo di questo intervento consiste nell'implementazione e validazione di un sistema per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie i cui obiettivi principali nel suo complesso sono relativi alla attivazione dei dipartimenti assistenziali per specialità , integrando i vari presidi specialistici nelle due città tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie previste in altri interventi. Per questo intervento , per città di Bari è prevista la spesa di Euro 300.000,00. Ente attuatore Azienda USL BA4 tempi di attuazione: mesi 36 (trentasei) a partire dall'1 luglio 2005.
- 2.4 Sistema Informativo clinico area metropolitana (SICAM) l'obiettivo di questo intervento consiste nella progressiva realizzazione ed integrazione di sistemi informatici a supporto di specifiche aree cliniche (Diagnostiche per Immagini e Patologie Cliniche) per la realizzazione di sistemi integrati (RIS PACS) per la gestione di dati, referti ed immagini per le UU.OO. di Diagnostica per Immagini dell'area metropolitana (USL e A.O.) e di sistemi integrati per la gestione dei risultati , grafici , referti ed immagini delle UU.OO. di Patologia Clinica. Per questo intervento , per la città di Bari , è prevista la spesa di Euro 5.840.179,00; Enti attuatori Azienda USL BA4 e Policlinico di Bari tempi di attuazione: mesi 24 (ventiquattro) a partire dall'1 luglio 2005.

#### 3 - "Strutturale tecnologico - Bari"

- 3.1 Viabilità Ospedale San Paolo (Bari) –intervento costituito dalle seguenti realizzazioni:
  - allargamento e sistemazione di Via Caposcardicchio da *V.le delle regioni* all'incrocio con la *strada provinciale Palese- Modugno*, che consentirà la razionalizzazione ed il decongestionamento del traffico permettendo un miglior accesso all'Ospedale S. Paolo ed un miglior collegamento dello stesso Stabilimento ospedaliero con il Comune di Bitonto finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 2.750.000,00 Ente attuatore **Comune di Bari**, tempo di attuazione: mesi 38 (trentotto) a partire dall'1 luglio 2005.
  - nuova viabilità e adeguamento della viabilità esistente nell'ambito del comparto B III lotto del quartiere San Paolo, che consentirà un migliore collegamento dell'Ospedale con la tangenziale di Bari intervento finanziato dal Comune di Bari, Euro 2.840.000,00 Ente attuatore **Comune di Bari**, tempo di attuazione: mesi 6 (sei) a partire dall'1 luglio 2005.

## 3.2 - Viabilità e parcheggi Ospedale Di Venere (Bari) – intervento costituito dalle seguenti realizzazioni:

- Sistemazione aree a verde e parcheggi all'interno dell'area dell'Ospedale, ed acquisizione area limitrofa a sud dello stesso (che non interessa l'area già espropriata dal Comune di Bari per il realizzando Mercato di Carbonara e annessi parcheggi), onde consentire ulteriori posti auto e/o un eventuale sviluppo di volumetrie, reso necessario dal Piano di Riordino Ospedaliero finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 2.500.000,00 Ente attuatore **Azienda USL BA4**, tempo di attuazione: mesi 24 (ventiquattro) a partire dall'1 luglio 2005.
- Allargamento e sistemazione della S.P. per Loseto, per consentire un miglior collegamento dell'Ospedale con gli abitati di Carbonara, Ceglie e Loseto ed il centro città, intervento finanziato dal Comune di Bari, Euro 2.143.000,00 Ente attuatore **Comune di Bari**, intervento già realizzato.

#### 3.3 - Viabilità Ospedale Giovanni XXIII – intervento costituito dalle seguenti realizzazioni:

- allargamento di Via Amendola a partire dall'incrocio con la Via Conte Giusso, nelle vicinanze dell'Ospedale, sino a raggiungere la Via Omodeo nei pressi del Quartiere Japigia, per migliorare il collegamento viario dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII con il centro di Bari e con Triggiano -S.O. Fallacara finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 3.620.000,00 Ente attuatore **Comune di Bari** tempo di attuazione: mesi 38 (trentotto) a partire dall'1 luglio 2005.
- realizzazione di una rotatoria per regolare i flussi di traffico per Mungivacca e per il centro città, con la sistemazione dello svincolo di Mungivacca sulla tangenziale di Bari, intervento finanziato dal Comune di Bari, Euro 5.940.000,00 Ente attuatore **Comune di Bari**, tempo di attuazione: mesi 12 (dodici) a partire dall'1 dicembre 2005.

#### 3.4 - Parcheggi ed apparecchiature Policlinico (Bari) – intervento costituito da:

- "Diagnostica precoce e Stadiazione Oncologica" Acquisto della tecnologia diagnostica PET, con l'obiettivo di dotare l'area metropolitana di uno strumento di tecnologia avanzata, e di creare nel contempo una palestra di formazione nel settore; in particolare Acquisto di un Tomografo PET/TAC, di un ciclotrone per la produzione dei radio-isotopi, e di un Angiografo digitale finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 5.000.000,00 Ente attuatore **Policlinico di Bari**, tempo di attuazione: acquisto e installazione Tomografo PET/TAC e Ciclotrone mesi 36 (trentasei) a partire dall'1 luglio 2005; acquisto e installazione Angiografo digitale mesi 12 (dodici) a partire dall'1 luglio 2005.
- realizzazione di un parcheggio interrato su tre livelli in Piazza Giulio Cesare, antistante il Policlinico, risistemazione viaria superficiale, riqualificazione delle aree a verde esistenti e creazione di nuovi giardini intervento finanziato dal Comune di Bari; Euro 11.868.000,00

- Ente attuatore **Comune di Bari** - tempo di attuazione: mesi 22 (ventidue) a partire dall'1 luglio 2005.

#### 4 - "Strutturale tecnologico - Taranto"

- 4.1 Ex presidio ospedaliero di via SS. Annunziata (Taranto) intervento costituito dalle seguenti realizzazioni:
  - realizzazione di un "Centro eventi e Scuola universitaria" a carattere sanitario in cui poter consentire l'aggregazione degli operatori sanitari, dei cittadini e delle associazioni di volontariato a fine sanitario, attraverso la ristrutturazione del padiglione dell'ex Presidio Ospedaliero di Via SS. Annunziata finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 1.800.000,00 Ente attuatore **Azienda USL TA1** tempo di attuazione: mesi 12 (dodici) a partire dall'1 settembre 2005.
  - urbanizzazione dell'area circostante l'ex presidio di via SS. Annunziata, in particolare:
    - adeguamento sedi marciapiedi finalizzato all'incremento di posti auto nel centro urbano "2 lotti) Vie: Minniti - Dante - Japigia - Crispi - Mignogna - Berardi - Cavallotti - Pitagora
    - recupero e valorizzazione dell'area urbana di pregio storico compresa tra il canale navigabile e l'Arsenale Militare "1 lotto" - Tratto compreso tra Piazza Immacolata e il Canale Navigabile
    - recupero e valorizzazione dell'area urbana di pregio storico compresa tra il canale navigabile e l'Arsenale Militare "2 lotto" - Tratto compreso tra Piazza Immacolata e all'Arsenale Militare
    - lavori di rifacimento pavimentazione marciapiedi "1 lotto" Vie: Leonida, Duca degli Abruzzi, Duca di Genova, De Noto, Viola, C.so Umberto
    - lavori di rifacimento marciapiedi della via Nitti Tratto via Anfiteatro via Pitagora
    - lavori di rifacimento marciapiedi della via Pupino tratto via P. Amedeo via Viola interventi finanziati dal Comune di Taranto, in totale Euro **7.027.678,92** Ente attuatore **Comune di Taranto -** tempo di attuazione: mesi 12 (dodici) a partire dall'1 settembre '05.
    - 4.2 Presidio ospedaliero SS. Annunziata (Taranto) intervento costituito dalle seguenti realizzazioni:
    - Potenziamento della struttura "radiologia e diagnostica per immagini" finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 3.750.000,00 (importo inferiore rispetto a quello previsto dalla D.G.R. 391/04) Ente attuatore **Azienda USL TA1** tempo di attuazione: mesi 12 (dodici) a partire dall'1 settembre 2005.
    - urbanizzazione dell'area circostante il presidio SS. Annunziata, in particolare:
      - lavori di rifacimento marciapiedi "2 lotto" Vie: Crispi, Regina Elena, Cavallotti, Parisi, Criscuolo

- lavori di rifacimento marciapiedi della via Mazzini Tratto via Cavallotti via Crispi
- costruzione di parcheggi pubblici a raso (in via Oberdan per 120 posti auto, in via De Palma per 150 posti auto, in via SS. Annunziata per 72 posti auto),
- ristrutturazione, riqualificazione ed adeguamento del complesso sportivo polifunzionale "Piscina Comunale" in via Bruno, sulla quale si affaccia l'Ospedale SS.Annunziata (si prevede di utilizzare la piscina per attività e servizi a beneficio di categorie di utenti a disagio sociale e/o per attività di tipo riabilitativo terapeutico).

interventi finanziati dal Comune di Taranto, in totale Euro 3.054.779,86 Ente attuatore **Comune di Taranto -** tempo di attuazione: mesi 12 (dodici) a partire dall'1 settembre '05.

#### 4.3 - Presidio ospedaliero S. Giuseppe Moscati (Taranto) -

- Potenziamento radioterapia oncologica acquisizione apparecchiatura PET e Ciclotrone
- finanziamento ex art.71 L448/98 Euro 4.000.000,00 (importo superiore rispetto a quello previsto dalla D.G.R. 391/04, per consentire l'acquisto del Ciclotrone) Ente attuatore **Azienda USL TA1** tempi di attuazione: acquisto e installazione Tomografo PET/TAC e Ciclotrone mesi 12 (dodici) a partire dall'1 settembre 2005.

Premesso quanto sopra e considerato che per la realizzazione degli interventi sopra descritti sussistono fonti di finanziamento regionali e comunali, si rende opportuno, al fine di accelerare l'azione amministrativa preordinata all'attuazione dell'intervento, evitare duplicazioni di atti, pur mantenendo in capo alla Regione ed ai Comuni interessati la gestione dei finanziamenti pubblici di competenza;

Ravvisata la necessità di disciplinare concordemente le azioni comuni relative agli interventi sopra descritti:

#### Tutto ciò premesso,

in data 27 giugno 2005, le parti sottoscrittrici del presente PROTOCOLLO D'INTESA convengono e stipulano quanto segue:

- **Art. 1** La premessa del presente Atto è parte integrante e sostanziale del presente protocollo. In particolare il Comune di Bari, il Comune di Taranto, le AUSL BA4 e TA1 ed il Policlinico di Bari si impegnano a progettare e realizzare le opere in premessa negli importi e nei tempi di attuazione indicati per ciascun intervento.
- **Art. 2** La Regione Puglia assegna la somma di Euro 876.354,34 (ricevuta dal Ministero della Salute a saldo del 5% della somma assegnata alla Regione con D.M. 5 aprile 2001) agli enti attuatori degli interventi previsti dal programma, al fine di consentire l'avvio delle procedure, in proporzione all'importo degli interventi di pertinenza previsti in questa prima fase. Gli importi assegnati agli enti sono riportati nella tabella allegata al presente protocollo d'intesa (Allegato "C"). L'erogazione dell'anticipazione avverrà a seguito di Deliberazione della Giunta Regionale.

- **Art. 3** Il Comune di Bari, il Comune di Taranto, le AUSL BA4 e TA1 e l'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" di Bari, al fine di progettare e realizzare le opere di propria competenza, in premessa citate, finanziate con i fondi di cui all'art. 71 della L. n. 448/98, devono operare nel rispetto della vigente normativa recata dalla Legge Quadro sui lavori pubblici n. 109/94 e s.m.i., dalla Legge regionale n. 13/01 e dal Regolamento n. 554/99 nonché da quanto deciso in Conferenza Stato Regioni del 19 Dicembre 2002 in materia di semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità.
- Art. 4 Le progettazioni delle opere formeranno oggetto di approvazione a cura del Settore Regionale ai LL.PP. ai sensi di quanto disposto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 958 del 29/6/2004 (ove non in conflitto con la vigente normativa nazionale e regionale), disciplinante i rapporti tra Assessorato alla Sanità e LL.PP. per l'utilizzo dei fondi statali destinati all'edilizia sanitaria. Per quanto concerne l'acquisizione delle apparecchiature sanitarie I Direttori generali delle Aziende USL BA4 e TA1, e dell'Azienda Ospedaliera Policlinico, sono obbligati a formalizzare con propria deliberazione la progettazione necessaria per l'attuazione del piano, provvedendo direttamente all'espletamento delle gare, previa acquisizione del parere favorevole del Coordinamento di progetto.
- **Art. 5** Le progettazioni relative agli interventi "Rete Medici di Base ", "Dipartimento tecnologico" (DITA) e "Servizio Informativo Clinico" (SICAM) per la città di Bari, così come descritti nel progetto approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 268 dell'11/3/2003, saranno effettuate dalle AUSL BA/4 e TA1 e dall'Azienda Ospedaliera "Policlinico" di Bari, di concerto con l'ARES.
- **Art. 6** Le procedure da seguire per le richieste di erogazione dei relativi fondi (anticipazioni semestrali), sono quelle stabilite dal Decreto del Ministero della Sanità 5/4/2001, e dall'Accordo stipulato in Conferenza Stato Regioni del 19/12/2002. In particolare, per l'erogazione delle successive quote di finanziamento, si procederà ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 5 aprile 2001, Allegato 2 punto B, che cita:

"La Direzione generale del sistema informativo ......., eroga alla regione una quota pari al 5% del finanziamento previsto a carico dello Stato, a valere sulle autorizzazioni di spesa del Ministero della Sanità, capitolo 7560, per consentire di procedere alla progettazione esecutiva e all'avvio degli interventi.

Entro la successiva scadenza semestrale (giugno-dicembre), la regione certifica l'avvenuta spesa della prima quota del 5% di cui sopra, ed invia una richiesta per l'erogazione della somma che prevede di spendere nel successivo semestre. Le somme richieste saranno erogate alla regione o all'ente appaltante appositamente da questa individuato. Le quote successive saranno erogate con cadenza semestrale, a fronte della dichiarazione della regione stessa di aver speso almeno il 70% della quota precedente.

Qualora, alla prevista scadenza semestrale, in assenza di giustificato motivo, la regione non abbia speso almeno il 70% della quota precedente, l'erogazione delle ulteriori quote viene sospesa fino al semestre successivo. ............."

Al fine di consentire l'erogazione dei finanziamenti pubblici da parte della Regione Puglia in favore dei Comuni di Bari e Taranto, questi ultimi sono obbligati ad intrattenere, presso accreditato Istituto bancario, un conto corrente infruttifero a destinazione vincolata alla realizzazione delle opere rientranti nella fattispecie come da progetto, comunicando alla Regione Puglia le coordinate bancarie.

Art. 7 – Il Coordinamento del progetto (CISS) sarà garante nei confronti del Ministero per il rispetto delle procedure previste dal D.M. 5/4/2001 nelle fasi di erogazione delle anticipazioni semestrali, e per la coerenza dei progetti, riguardanti infrastrutture telematiche, con le linee guida previste dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Sarà compito del Coordinamento lo studio e la programmazione dei progetti, i cui finanziamenti saranno disponibili nel 2005 e nel 2006, fino alla concorrenza del finanziamento totale (circa 44 milioni di Euro per l'area metropolitana di Bari e 22 milioni di Euro per quella di Taranto).

Per la Regione Puglia,	
l'Assessore alle Politiche della Salute dr. Alberto Tedesco	
Per il Comune di Bari, l'Assessore alla Mobilità e tempi della Città,	
Sistema Trasporti, Parcheggi e Traffico, dr. Antonio Decaro	
Per il Comune di Taranto, il consigliere comunale dr. Donato Di Campo	
il consignere comunate di. Donato Di Campo	
Il Direttore Generale f.f. della AUSL BA/4 di Bari	
dr. Giulio Cappelluti Tasti	
Il Direttore Generale della A.O. "Policlinico" di Bari dr. Pompeo Traversi	
Il Direttore Generale della AUSL TA/1 di Taranto	
dr. Michele Petroli	

Bari, 27 giugno 2005

	QUADRO ECON	QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SISA-PU (APPROVATO)	PU (APPROVATO)								
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI		Bari			Taranto			SISAPU		
			Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzior Interoperabilità Serv	Istituzione e Funzionamento del Coordinamento Intercoerabilità Servizi Sanitari (CISS)	1.110.000,00	00'0	1.110.000,00	450.000,00	00'0	450.000,00	1.560.000,00	00'0	1.560.000,00
	Produzione di Racco	Produzione di Raccomandazioni (PRORAC)	4.090.000,00	00'0	4.090.000,00	1.691.000,00	00'0	1.691.000,00	5.781.000,00	00'0	5.781.000,00
	Totale (EURO)		5.200.000,00	00'0	5.200.000,00	2.141.000,00	00'0	2.141.000,00	7.341.000,00	00'0	7.341.000,00
Infrastrutturale	Fruibilità Servizi Sanitari	itari	1.000.000,00	00'0	1.000.000,00	00'0	00'0	00'0	1.000.000,00	00'0	1.000.000,00
	Rete Medici di Base		2.300.000,00	00'0	2.300.000,00	1.000.190,00	00'0	1.000.190,00	3.300.190,00	00,00	3.300.190,00
	Dipart. Tecnologico (DITA)	(DITA)	2.000.000,00	00,00	2.000.000,00	2.000.000,00	00'0	2.000.000,00	4.000.000,00	00,00	4.000.000,00
	Serv. Inform. Clin. (SICAM)	SICAM)	11.368.179,00	00'0	11.368.179,00	00'0	00'0	00'0	11.368.179,00	00'0	11.368.179,00
	Totale (EURO)		16.668.179,00	00'0	16.668.179,00	3.000.190,00	00'0	3.000.190,00	19.668.369,00	00'0	19.668.369,00
Strutturale Tecnologico	Ospedale San	Viabilità	2.750.000,00	2.840.000,00	5.590.000,00	00'0	00'0	00'0	2.750.000,00	2.840.000,00	5.590.000,00
		Parcheggio	1.000.000,00	00'0	1.000.000,00	00'0	00'0	00'0	1.000.000,00	00'0	1.000.000,00
	Ospedale Di Venere Viabilità	Viabilità	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00	00'0	00'0	00'0	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00
		Parcheggio	2.500.000,00	00,00	2.500.000,00	00'0	00'0	00'0	2.500.000,00	00'0	2.500.000,00
	Ospedale Papa Giovanni XXIII	Viabilità via Amendola	3.620.000,00	00'0	3.620.000,00	00'0	00'0	00,0	3.620.000,00	00'0	3.620.000,00
		Viabilità svincolo Mungivacca	00,00	5.940.000,00	5.940.000,00	00,0	00'0	00'0	00'0	5.940.000,00	5.940.000,00
	Ospedale Fallacara	Ospedale Fallacara Viabilità Ospedale Fallacara di Triggiano	3.521.870,00	00,00	3.521.870,00	00'0	00'0	00,0	3.521.870,00	00'0	3.521.870,00
	Ospedale Policlinico	Ospedale Policlinico Parcheggi interrati (piazza Giulio Cesare -Bari)	00'0	11.868.000,00	11.868.000,00	00'0	00'0	00'0	00'0	11.868.000,00	11.868.000,00
		Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00	00'0	00'0	00,0	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00
	Totale (EURO)		22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00	00'0	00'0	00'0	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00
Strutturale Tecnologico TARANTO	EX Presidio Ospedaliero via SS. Annunziata	Centro eventi	00'0	00'0	00'0	1.800.000,00	00'0	1.800.000,00	1.800.000,00	00'00	1.800.000,00
		Urbanizzazione	00'0	00'0	00'0	00'0	1.040.000,00	1.040.000,00	00'0	1.040.000,00	1.040.000,00
	Ospedale SS. Annunziata	Potenziamento Radiologia	00'0	00'0	00'0	6.000.000,00	0000	6.000.000,00	6.000.000,00	00'0	6.000.000,00
		Viabilità e Parcheggi	00'0	00'0	00'0	00'0	6.710.000,00	6.710.000,00	00,00	6.710.000,00	6.710.000,00
	Potenziamento Radio S. Giuseppe Moscati	Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	00'0	00'0	00'0	1.750.000,00	00'0	1.750.000,00	1.750.000,00	00'0	1.750.000,00
	Acquisizione e Riqua UPIM) per Distretto	Acquisizione e Riqualificazione Immobile (ex UPIM) per Distretto Socio-Sanitario n. 4	00'0	00'0	00'0	3.000.000,00	2.960.000,00	2.960.000,00	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazi Ospedale S. Giuseppe Moscati	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	00'0	00,00	00'0	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00
	Totale (EURO)		00'0	00'0	00'0	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00
Total	Totale Generale (EURO)		44.260.049,00	22.791.000,00	67.051.049,00	21.691.190,00	10.710.000,00	32.401.190,00	65.951.239,00	33.501.000,00	99.452.239,00
Percentua	Percentuale Cofinanziamento			33,99%			33,05%				
										"A" ofesolle	
										diegato	

	QUADROE	QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SISA-PU (RIMODULAZIONE	SISA-PU (RIMODULAZION	NE PROGETTO)							
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI		Bari			Taranto			SISAPU		
			Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzio Interoperabilità Ser	stituzione e Funzionamento del Coordinamento Interoperabilità Servizi Sanitari (CISS)	300,000,00	00'0	300.000,00	194.786,94	00'0	194.786,94	494.786,94	00'0	494.786,94
,	Produzione di Racc	Produzione di Raccomandazioni (PRÓRAC)	00'0	00'0	00,00	00'0	0000	00'0	00,00	00'0	00,00
		Totale (EURO)	300.000,00	00'0	300.000,00	194.786,94	00'0	194.786,94	494.786,94	00'0	494.786,94
Infrastrutturale Telematico	Fruibilità Servizi Sanitari	ınitari	00'0	00'0	00'0	0,00	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0
	Rete Medici di Base	9	500.000,00	00'0	500.000,00	400.000,00	00'0	400.000,00	900.000,00	00'0	900.000,00
	Dipart. Tecnologico (DITA)	(DITA)	300.000,00	00'0	300.000,00	00'0	00'0	00'0	300.000,00	00'0	300.000,00
	Serv. Inform. Clin. (SICAM)	(SICAM)	5.840.179,00	00'0	5.840.179,00	00'0	00'0	00'0	5.840.179,00	00'0	5.840.179,00
		Totale (EURO)	6.640.179,00	00'0	6.640.179,00	400.000,00	00'0	400.000,00	7.040.179,00	00'0	7.040.179,00
Strutturale Tecnologico BARI	Ospedale San Paolo	Viabilità	2.750.000,00	2.840.000,00	5.590.000,00	00'0	00'0	00'0	2.750.000,00	2.840.000,00	5.590.000,00
, ,		Parcheggio	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0
	Ospedale Di Venere	Viabilità	00'0	2.143.000,00	2.143.000,00	0,00	00'0	00'0	00'0	2.143.000,00	2.143.000,00
		Parcheggio	2.500.000,00	00,00	2.500.000,00	00'0	00'0	00'0	2.500.000,00	00'0	2.500.000,00
	Ospedale Papa	Viabilità via Amendola	3.620.000,00	00'0	3.620.000,00	0000	00'0	00'0	3.620.000,00	00'0	3.620.000,00
		Viabilità svincolo Mundivacca	00'0	5.940.000,00	5.940.000,00	0000	00'0	00'0	00'0	5.940.000,00	5.940.000,00
	Ospedale Fallacara		0000	0,00	0,00	00'0	00'0	00'0	00'0	0000	00'0
	Ospedale Policlinico	Parcheggi interrati (piazza Giulio Cesare -Bari)	00'0	11.868.000,00	11.868.000,00	00'0	00,00	00'0	00'0	11.868.000,00	11.868.000,00
		Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica	5.000.000,00	00,0	5.000.000,00	00'0	00'0	00'0	5.000.000,00	00'0	5.000.000,00
		Totale (EURO)	13.870.000,00	22.791.000,00	36.661.000,00	00'0	00'0	00'0	13.870.000,00	22.791.000,00	36.661.000,00
Strutturale Tecnologico TARANTO	EX Presidio Ospedaliero via SS. Annunziata	Centro eventi	00'0	00'0	00'0	1.800.000,00	00'0	1.800.000,00	1.800.000,00	00,00	1.800.000,00
		Urbanizzazione	00'0	00'0	00'0	00'0	7.027.678,92	7.027.678,92	00'0	7.027.678,92	7.027.678,92
	Ospedale SS. Annunziata	Potenziamento Radiologia Diagnostica per Immagini	00'0	00'0	0000	3.750.000,00	00,00	3.750.000,00	3.750.000,00	00'0	3.750.000,00
		Viabilità e Parcheggi	00'0	00'0	00'0	00'0	3.054.779,86	3.054.779,86	00'0	3.054.779,86	3.054.779,86
	Potenziamento Radioterapia Or Ospedale S. Giuseppe Moscati	Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0	00'0
	Acquisizione e Riqu UPIM) per Distretto	Acquisizione e Riqualificazione Immobile (ex UPIM) per Distretto Socio-Sanitario n. 4	00.0	00'0	0,00	00'0	00'0	00'0	00,00	00'0	00'0
	Diagnostica Precod Ospedale S. Giuse	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati (solo PET)	00'0	00'0	00'0	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00	4.000.000,00	00'0	4.000.000,00
		Totale (EURO)	00'0	00'0	00'0	9.550.000,00	10.082.458,78	19.632.458,78	9.550.000,00	10.082.458,78	19.632.458,78
Total	Totale Generale (EURO)		20.810.179,00	22.791.000,00	43.601.179,00	10.144.786,94	10.082.458,78	20.227.245,72	30.954.965,94	32.873.458,78	63.828.424,72
	P	Percentuale Cofinanziamento		52,27%			49,85%				
									2005 nes cherron "B" ctenelle	2002	
									alegana a sanahana	202 198 011	

TABELL	A EROGAZIONE A	NTICIPO PER PRO	GETTAZIONE			
PROGETTO SI SA PU	ENTI ATTUATORI	INTERVENTI	NTERVENTI IMPORTO TOTALE PROGETTI A		RESTANTE IMPORTO PER LA REALIZZAZIONE DELLE OPERE	
			а	b	c = a x 0,95	
PROGETTO SI SA BA	ISBEM	PROGETTO GEN.		387.342,67	-	
	COMUNE DI BARI	S. PAOLO	2.750.000,00	86.313,88	2.612.500,00	
	"	VIA AMENDOLA	3.620.000,00	113.620,45	3.439.000,00	
	ASL BA4	DI VENERE	2.500.000,00	78.467,16	2.375.000,00	
	POLICLINICO	PET ANGIOGRAFO	5.000.000,00	156.934,33	4.750.000,00	
	ASL BA4	INTERVENTI "Infrastrutturale telematico"	800.000,00	25.109,49	760.000,00	
	ASL BA4 / POLICLINICO	Servizio informativo clinico	5.840.179,00	183.304,91	5.548.170,05	
	ASSESSORATO / ARES	INTERVENTI "Metodologico e managament""	300.000,00	9.416,06	285.000,00	
		TOTALI	20.810.179,00	1.040.508,95	19.769.670,05	
PROGETTO SI SA TA	ISBEM	PROGETTO GEN.		284.051,29	1 710 000 00	
0.0/.//	COM. TARANTO	CENTRO EVENTI	1.800.000,00	39.600,49	1.710.000,00	
	ASL TA1	SS. ANNUNZ.	3.750.000,00	82.501,01	3.562.500,00	
	п	S. GIUSEPPE MOSCATI	4.000.000,00	88.001,08	3.800.000,00	
	ASL TA1	Rete Medici di Base	400.000,00	8.800,11	380.000,00	
	ASSESSORATO / ARES	INTERVENTI "Metodologico e managament""	194.786,94	4.285,37	185.047,59	
		TOTALI	10.144.786,94	507.239,35	9.637.547,59	
TOTALE	IMPORTO PROGE	TTO SI SA PU	30.954.965,94			
	ANTICIPAZIONE 5%			1.547.748,30		
	SOMMA GIA' E	ROGATA PER PRO GENERALE	OGETTAZIONE	671.393,96		
IMPORTO R	RESTANTE PER LA DEL PROGETT				29.407.217,64	
				allegato "C"		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2005, n. 2037

Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007. Approvazione del Piano regionale Vaccini triennio 2005-2007.

Assente l'Assessore alle Politiche della Salute, dr. Alberto Tedesco, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario del Settore -Uff.1- confermata dal dirigente dell'Ufficio e dal e dal Dirigente del Settore riferisce quanto segue l'Assessore Losappio:

Con deliberazione di Giunta regionale n. 924 del 28 giugno 2005 è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, in attuazione dell'Intesa Stato Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2005.

In particolare, detto Piano, nella sezione III Vaccini persegue gli obiettivi connessi alle strategie di vaccinazione che, a livello regionale sono programmate attraverso la competenza tecnica della Commissione Vaccini, costituita con DGR n.164/03, ed il supporto epidemiologico per la valutazione dei programmi vaccinali fornito dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Le indicazioni contenute negli obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni nella nostra regione nel triennio 2005-2007 sono quindi riportate nel "Piano regionale Vaccini" licenziato a cura della suddetta Commissione Regionale Vaccini.

Già con nota n. 24/24023/3 del 15 settembre 2005 l'Assessorato ha fornito alle UU.SS.LL. utili raccomandazioni per ogni vaccinazione,così come contenute nel Piano ed in particolare, sul:

- Programma vaccinale corredato del relativo calendario regionale vaccinale;
- Obiettivi di copertura vaccinale
- Azioni da intraprendere nell'ambito delle strategie vaccinali

Si evidenzia, peraltro, che, sulla base di eventuali rilevazioni tecniche ed epidemiologiche proposte da parte della Commissione regionale Vaccini, le indicazioni contenute nel presente Piano potranno essere sottoposte a verifica ed a rimodulazione in corso di attuazione delle stesse.

Si fa, altresì, presente che per il perseguimento degli obiettivi di prevenzione, con atto deliberativo di Giunta regionale n.1226 del 24 agosto 2005 è stato approvato il DIEF per l'anno 2005 con le relative assegnazioni di fondi alle UU.SS.LL.

Per quanto sopra esposto, si ritiene, pertanto, necessario dare piena operatività ed applicazione alle indicazioni contenute nel citato Piano regionale, che si allega, quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento.

#### COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e/o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per cui i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione; le eventuali spese sono contenute nei limiti del Fondo Sanitario Regionale e non producono oneri aggiuntivi rispetto alla quota del fondo in parole assegnato a ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera

Il Dirigente del Settore ATP Silvia Papini

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, Comma 4. Lett. a) della L.R. n. 7/97.

 L'assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

#### LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Funzionario istruttore, dal Dirigente dell' Ufficio 1 e dal Dirigente del Settore

• A voti unanimi, espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

- di approvare, per quanto sopra esposto e che qui si intende integralmente riportato, il Piano regionale vaccini di cui all'Allegato A) del presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale;
- di dare immediata esecutività al citato Piano;

- di dare mandato al Settore Assistenziale Territoriale Prevenzione di trasmettere copia del presente provvedimento ai soggetti, Enti ed Organismi interessati;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia BURP ai sensi dell'art. 6 L.R.13/94.

Il Segretario della Giunta Dr. Romano Donno Il Presidente della Giunta On. Nichi Vendola

Allegato A

#### Regione Puglia

# Piano Regionale Vaccini

a cura della Commissione Regionale Vaccini

#### **Sommario**

Il contesto regionale

Obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni e strategie organizzative

Il calendario delle vaccinazioni dell'età evolutiva

Le vaccinazioni degli adulti, dei lavoratori e dell'anziano

Linee operative per il raggiungimento degli obiettivi di copertura

L'anagrafe vaccinale

Il percorso qualità

Verso il superamento dell'obbligo vaccinale

#### Il contesto regionale

#### L'organizzazione

La pratica vaccinale in Puglia è pianificata, coordinata e gestita nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) attraverso i Servizi di Vaccinazione (SV), facenti capo ai singoli Servizi di Igiene Pubblica (SIP). L'esecuzione delle vaccinazioni dell'infanzia è nella norma affidata agli ambulatori dei SV. Una piccola quota di vaccinazioni sono eseguite negli ambulatori dei Pediatri di libera scelta (PLS), sempre in accordo con i programmi vaccinali regionali. Le vaccinazioni nell'adolescente sono variamente organizzate a livello locale e sono eseguite oltre che nell'ambito dei SV anche nelle strutture ambulatoriali presenti nelle scuole. La somministrazione delle vaccinazioni dell'anziano, infine, è già da qualche anno eseguita negli ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG) in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei DP.

In questo contesto, pur essendo da considerare positivamente la estesa diffusione dell'offerta, d'altro canto un'eccessiva parcellizzazione potrebbe portare ad una riduzione della qualità del servizio offerto.

A partire dal 1996, in seguito a specifici accordi regionali, le strategie di vaccinazione dell'infanzia sono condotte di concerto fra DP e PLS. Tale raccordo è stato ulteriormente rafforzato con la recente esperienza del Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, che ha coinvolto contestualmente Igienisti e Pediatri, ciascuno con ruoli precisi, in ogni fase di realizzazione.

A livello Regionale le attività di vaccinazione sono programmate attraverso il supporto tecnico della Commissione Vaccini. Il supporto epidemiologico per la valutazione dei programmi vaccinali è offerto dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER).

#### L'anagrafe vaccinale

La Regione Puglia, per il tramite dell'OER e sotto il patrocinio della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, ha avviato già dal 1997 un progetto specifico finalizzato alla informatizzazione degli ambulatori di vaccinazione. Il progetto ha portato fino ad oggi alla realizzazione di un software (GIAVA) ormai giunto alla terza *release*. Ad oggi, comunque, i livelli globali di informatizzazione dei Servizi continuano ad essere assolutamente deficitari, nonostante la disponibilità di un software a distribuzione gratuita. GIAVA è oggi utilizzato a pieno regime solo nella ASL di Taranto e in un limitato numero di ambulatori sparsi un po' per tutto il territorio regionale.

Manca pertanto ad oggi un sistema omogeneo regionale che permetta di valutare in maniera continuativa le coperture vaccinali, oltre che aiutare i Servizi nella gestione dei programmi di vaccinazione.

#### Le coperture vaccinali

Nella tabella seguente si mostra una sintesi dei livelli di copertura vaccinale raggiunti in Puglia nei bambini di età <24 mesi, in relazione al numero medio di casi notificati negli anni 1998-2002 delle singole malattie.

Malattia	Copertura	Copertura	Copertura	Media casi	Media casi
	vaccinale	vaccinale	vaccinale	annuali	annuali
	ICONA 1998	ICONA	2003	1998-2002	1998-2002
		2003	routinari		0-14 anni
Difterite	92,5	99,5	98,8	0	0
Poliomielite	92,5	99,5	100,0	0	0
Tetano	92,5	99,5	98,8	2	0
Epatite virale B	93,0	99,5	99,9	64	4
Pertosse	82,7	99,1	98,8	310	299
Inf. Invasive Hib	14,0	94,3	93,0	4	4
Morbillo (MPR)	50,6	76,6	84,4	363	330
Rosolia (MPR)	n.d.	76,6	84,4	145	102
Parotite (MPR)	n.d.	76,6	84,4	1288	1167
Varicella	n.d.	0	n.d.	4228	3784
Mal. invasive	n.d.	n.d.	n.d.	11	6
meningococco					
Mal. invasive	n.d.	3,8#	n.d.	n.d.	n.d.
pneumococco				İ	
Influenza 0-4 anni	n.d.	1,4§	7,3	n.d.	n.d.
Influenza >64 anni*			72,7	n.d.	n.d.

<sup>\*</sup> copertura popolazione generale 16,5%

Le coperture sono tutte aumentate dal 1998 al 2003 e si possono considerare raggiunti tutti gli obiettivi fissati nel precedente piano vaccini, eccetto per la vaccinazione antimorbillo.

Per quanto riguarda il rispetto dei tempi previsti dal calendario, nell'indagine ICONA 2003 emerge che il ciclo primario di vaccinazioni è stato svolto correttamente nel 78,1% per la vaccinazione antipolio, nell'78,1% per antidiftotetano, nel 77,6% per l'antipertosse, nel 78,1% per l'antiepatite B, nel 73,3% per l'anti-heamophilus. Questi dati sono sovrapponibili a quelli registrati nel 1998, a riprova della mancanza di alcun intervento efficace in questo senso.

Questo dato può essere particolarmente preoccupante soprattutto in vaccinazioni come l'antipertussica in cui l'aderenza al calendario garantisce la massima protezione nei soggetti più esposti a forme gravi e complicate della malattia.

Da notare il notevolissimo aumento della copertura nei confronti dell'Hib, sicuramente dovuta all'uso estensivo dei vaccini combinati esavalenti.

<sup>#</sup> almeno una dose

<sup>§</sup> almeno una dose <2 anni

# Obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni e strategie organizzative

Recependo quanto indicato nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, si definiscono gli obiettivi di salute e le strategie organizzative da adottare nel triennio nella Regione Puglia. Le indicazioni contenute nel presente Piano saranno sottoposte a verifica periodica da parte della Commissione Regionale Vaccini e potranno essere rimodulate in corso di attuazione, sulla base delle rilevazioni emerse.

#### **Difterite**

Programma vaccinale: tre dosi nel primo anno di vita (ciclo primario), seguite da due richiami rispettivamente a 5-6 anni e tra 11 e 15 anni. Ulteriori richiami sono raccomandati a cadenza decennale.

La copertura negli adulti di 40-59 anni si riduce al 30% in assenza di *booster* naturali e richiami in età adolescenziale o adulta.

**Epidemiologia.** Dal 1996 ad oggi non sono stati segnalati casi, ma la diminuzione della copertura immunitaria della popolazione generale, i flussi migratori, i viaggi costituiscono fattori di rischio per l'insorgere di epidemie; le coperture vanno quindi mantenute elevate.

Obiettivi di salute. Mantenere elevati livelli di protezione immunitaria nella popolazione. Si crea una condizione di rischio di ricomparsa della difterite se i livelli di suscettibilità sono superiori al 10% in età pediatrica e superiori al 25% in età adulta.

#### Obiettivi di copertura.

- Mantenere la copertura ≥95% in età pediatrica.
- Esecuzione di ulteriori richiami in età prescolare per ottenere una copertura del 95% a 5-6 anni.
- Effettuare richiami nel 90% dei soggetti a 13-14 anni.

#### Azioni da intraprendere.

- Mantenere coperture elevate nei nuovi nati, anche attraverso la chiamata attiva e i solleciti ad ogni dose
- Raggiungere coperture elevate in età prescolare e negli adolescenti, con offerta attiva e avvio di programmi operativi specifici a livello di ASL
- Monitoraggio continuo delle coperture vaccinali in età prescolare e negli adolescenti, anche con il supporto di indagini di sieroprevalenza

#### **Tetano**

**Programma vaccinale:** tre dosi nel primo anno di vita (ciclo primario), seguite da due richiami rispettivamente a 5-6 anni e tra 11 e 15 anni. Ulteriori richiami sono raccomandati a cadenza decennale.

Dallo Studio Argento emerge che in Puglia solo il 10% degli ultrasessantacinquenni riferisce di essere stato vaccinato contro il tetano.

**Epidemiologia.** I casi notificati dal 1996 alla fine del 2002 sono 14, tutti al di sopra dei 65 anni, con un rapporto maschi/femmine pari a 4/3.

Obiettivi di salute. Il controllo dei casi in tutte le fasce d'età, il mantenimento dell'eliminazione del tetano neonatale sono gli obiettivi principali.

#### Obiettivi di copertura.

- Mantenere la copertura ≥95% in età pediatrica.
- Esecuzione di ulteriori richiami in età prescolare per ottenere una copertura del 95% a 5-6 anni.
- Effettuare richiami nel 90% dei soggetti a 13-14 anni.
- Raggiungere il 90% di copertura nei soggetti ≥65 anni.

#### Azioni da intraprendere.

- Mantenere coperture elevate nei nuovi nati, anche attraverso la chiamata attiva e i solleciti ad ogni dose
- Raggiungere coperture elevate in età prescolare e negli adolescenti, con offerta attiva e avvio di programmi operativi specifici a livello di ASL
- Offrire in maniera attiva la vaccinazione antitetanica in soggetti ≥65 anni.
- Coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale (MMG) sulla base di programmi operativi specifici.
- Monitoraggio continuo delle coperture vaccinali in età prescolare e negli adolescenti, anche con il supporto di indagini di sieroprevalenza

#### **Poliomielite**

**Programma vaccinale**: tre dosi di IPV nel primo anno di vita (ciclo primario), seguite da un richiamo nel terzo anno di vita. A partire dal 1 gennaio 2006, per i bambini in cui non sia ancora stata somministrata la quarta dose, essa sarà somministrata tra i 5 ed i 6 anni.

Epidemiologia. Dal 21 giugno 2002 la Puglia, come tutta l'Italia è stata dichiarata polio-free.

Obiettivi di salute. Finché non sarà stato raggiunto l'obiettivo dell'eradicazione sarà necessario mantenere alta la copertura vaccinale nella popolazione. È sempre possibile infatti la reintroduzione del virus selvaggio o la circolazione dei virus vaccinici retromutati. Strettamente legata alla necessità della vaccinazione è l'attività del sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute (AFP). I livelli di performance del sistema di sorveglianza in Puglia sono attualmente più che soddisfacenti.

#### Obiettivi di copertura.

Mantenere la copertura ≥95% in età pediatrica.

#### Azioni da intraprendere.

- Mantenere coperture elevate nei nuovi nati
- Mantenere la sorveglianza delle AFP ai livelli attuali

#### **Pertosse**

**Programma vaccinale**: tre dosi nel primo anno di vita (ciclo primario), seguite da due richiami rispettivamente a 5-6 anni e tra 11 e 15 anni.

**Epidemiologia.** I casi notificati dal 1996 al 2003 oggi sono 2138 e sono passati da 426 nel 1999 a 156 nel 2003. Il numero di casi si è ridotto soprattutto tra i bambini <5 anni in cui la percentuale dei vaccinati è maggiore. I ricoveri dal 1998 al 2003 sono stati 954 e dal 1999 al 2003 si sono ridotti da 224 a 100. La copertura negli adulti andrebbe mantenuta elevata, anche se in questa fascia la patologia non è particolarmente grave, perché sono spesso fonte di contagio per i bambini più piccoli.

Obiettivi di salute. L'obiettivo primario è mantenere elevati livelli di protezione immunitaria nei bambini piccoli (i più esposti a forme complicate e gravi della malattia). Inoltre va garantita la vaccinazione nei bambini più grandi e negli adolescenti che sono i più esposti a contrarre la malattia.

#### Obiettivi di copertura.

- Mantenere la copertura ≥95% nei nuovi nati.
- Raggiungere copertura del 95% a 5-6 anni.
- Effettuare richiami nel 90% dei soggetti a 13-14 anni.

#### Azioni da intraprendere.

- Mantenere coperture elevate nei nuovi nati, anche attraverso la chiamata attiva e i solleciti ad ogni dose
- Rispettare rigorosamente la tempistica delle vaccinazioni indicata nel calendario per la somministrazione di tutto il ciclo primario, attraverso la chiamata attiva e i solleciti.

- Raggiungere coperture elevate in età prescolare e negli adolescenti, con offerta attiva e avvio di programmi operativi specifici a livello di ASL
- Monitoraggio continuo delle coperture vaccinali in età prescolare e negli adolescenti, anche con il supporto di indagini di sieroprevalenza

#### **Epatite virale B**

**Programma vaccinale.** Per i nati da madri HBsAg negative il calendario prevede tre dosi nel primo anno di vita; nel 2003 è terminata la vaccinazione dei dodicenni per saldatura delle due coorti.

La vaccinazione è prevista per i nati da madri HBsAg positive, con la prima delle tre dosi somministrata entro 24 ore dalla nascita e seguita da una seconda dose dopo quattro settimane; la terza e quarta dose coincideranno, rispettivamente, con la prima e la terza del calendario abituale previste al 3° ed 11° mese. Inoltre è raccomandata e offerta gratuitamente al personale sanitario ed a tutte le categorie a rischio. È prevista anche nella profilassi post esposizione.

**Epidemiologia.** I casi notificati dal 1996 al 2003 sono 517 con un trend in diminuzione: 101 nel 1996 e 22 nel 2003. Il decremento complessivo è stato del 21,8%.

Obiettivi di salute. Gli obiettivi sono il controllo dei nuovi casi in età pediatrica e tra gli adolescenti, con una conseguente riduzione dei portatori cronici; riduzione dei nuovi casi negli adulti tramite individuazione e vaccinazione dei gruppi a rischio.

#### Obiettivi di copertura.

- Mantenere la copertura ≥95% in età pediatrica
- Monitorare ed incrementare la copertura vaccinale nelle categorie a rischio.

#### Azioni da intraprendere.

- Mantenere coperture elevate nei nuovi nati, anche attraverso la chiamata attiva e i solleciti ad ogni dose.
- Verifica della copertura negli adolescenti, con eventuali vaccinazione di catch-up.
- Acquisire maggiori informazioni per l'individuazione dei gruppi a rischio, anche attraverso la sensibilizzazione dei MMG, degli operatori del sociale, dei medici competenti, e la collaborazione fra le diverse strutture delle ASL

#### Infezioni invasive da Haemophilus influenzae b

**Programma vaccinale.** La vaccinazione anti-Hib è stata introdotta nel calendario dell'età evolutiva nel 1999. Il ciclo vaccinale di base prevede tre dosi nel primo anno di vita. l'uso estensivo di vaccini combinati ha portato ad una copertura molto elevata nei bambini.

**Epidemiologia.** Il numero annuale di meningiti da Hib è drasticamente diminuito dagli 8 e 9 casi segnalati, rispettivamente, nel 1998 e 1999 ai 2 casi/anno registrati mediamente nel periodo 2000/03. Nel 2004 non sono stati segnalati casi. Prima dell'introduzione della vaccinazione la fascia d'età più interessata era quella <5 anni. Un terzo dei casi segnalati a partire dal 2000 hanno interessato soggetti con più di 5 anni.

Obiettivi di salute. L'obiettivo principale è il controllo delle infezioni invasive da Hib nella fascia d'età più colpita dalla malattia e più vulnerabile alle sue conseguenze invalidanti, cioè i bambini nei primi 5 anni di vita. Indirettamente è raggiungibile anche la riduzione della prevalenza dei portatori sani che ospitano il germe nel nasofaringe.

#### Obiettivi di copertura.

- Raggiungere la copertura ≥95% in età pediatrica.
- Mantenere i livelli di copertura raggiunti

#### Azioni da intraprendere.

 Mantenere coperture elevate nei nuovi nati, anche attraverso la chiamata attiva e i solleciti ad ogni dose.  Mantenere e migliorare la sorveglianza delle infezioni invasive da Hib; incrementare la tipizzazione dei ceppi; monitorare frequenza dei fallimenti vaccinali

#### Morbillo, Parotite, Rosolia

Programma vaccinale. La vaccinazione con MPR è stata introdotta nel calendario dell'età evolutiva nel 1999 come vaccinazione raccomandata, in aderenza al programma di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Il ciclo vaccinale di base prevede 1 dose al 13° mese di vita. Una seconda dose deve essere somministrata a 5-6 anni o 11-12 anni in bambini già vaccinati (per il recupero dei non responders) o in bambini mai vaccinati (per il catch-up). In Puglia alla luce delle coperture raggiunte nel 2003 e dell'epidemia di morbillo del 2002-2003 si è avviata una campagna di vaccinazione straordinaria delle coorti di bambini di 6 e 9-10 anni; nelle suddette coorti, nel dicembre 2004, partendo da una copertura media regionale del 57% con la prima dose, si è raggiunto il 77% di copertura con prima dose di MPR. La copertura con seconda dose invece è passata dal 4% al 49%. L'attuale copertura nei nuovi nati è superiore all'80%.

#### Epidemiologia.

Morbillo. I casi di morbillo sono stati 32 nel 2000, 20 nel 2001, 1428 nel 2002 e 5291 nel 2003. L'epidemia verificatasi nel biennio 2002-2003 è stata caratterizzata dall'età media dei casi superiore rispetto a quella delle precedenti epidemie, effetto dovuto sicuramente alla vaccinazione con MPR fatta negli anni precedenti che non ha raggiunto gli obiettivi preposti. Nel biennio le ospedalizzazioni sono state 1311 con almeno un decesso accertato.

Rosolia. Il numero totale di casi è aumentato nel 2002 (472) rispetto al 2001 (70) ed è ridiminuito nel 2003 (162). Non ci sono dati sulla incidenza della rosolia congenita perciò è impossibile valutare l'efficacia della vaccinazione ne confronti di questo problema; dall'analisi delle SDO, pur con la fisiologica sottostima, i ricoveri per rosolia congenita risultano essere stati in Puglia 6 nel 1998, 2 nel 1999, 1 nel 2000, 6 nel 2002; sembrerebbe esserci la concordanza attesa tra il numero di ricoveri ed i picchi epidemici.

**Parotite.** Minimo storico osservato nel 2002, con 164 casi, di cui l'età media è 8 anni nei maschi e nelle femmine. Il numero medio di casi nel periodo 1998-2002 è stato comunque superiore a 1200.

**Obiettivi di salute.** L'obiettivo da raggiungere entro il 2007 è l'eliminazione del morbillo, eliminare nuovi casi di rosolia congenita e controllare la diffusione della parotite e le sue complicanze.

#### Obiettivi di copertura.

- Raggiungere e mantenere la copertura media regionale del 95% con una sola dose di vaccino entro i 2 anni di vita
- Ottenere coperture non inferiori al 90% in ogni distretto
- Raggiungere e mantenere la copertura media regionale del 95% per almeno una dose di vaccino nei bambini dai 3 ai 15 anni di età.
- A partire dal 2007, raggiungere e mantenere la copertura media regionale del 90% almeno per la seconda dose somministrata all'età di 5-6 anni.

#### Azioni da intraprendere.

#### Piano di eliminazione del morbillo:

- Nei nuovi nati:
  - Prima dose al 13° mese (contemporaneamente alla vaccinazione per l'epatite A)
  - Seconda dose a 5-6 anni di età (contemporaneamente alla quarta dose per la vaccinazione contro DTPa)
- In età prescolare:
  - Nei suscettibili, riconosciuti previa valutazione dello stato vaccinale, somministrare prima dose di MPR durante le occasioni offerte dalle altre vaccinazioni (quarta dose IPV e DTPa a 5-6 anni)

- Nei bambini già vaccinati offrire la seconda dose nell'occasione sovradescritta
- In età scolare:
  - Nei suscettibili, riconosciuti previa valutazione dello stato vaccinale, somministrare prima dose di MPR durante le occasioni offerte dalle altre vaccinazioni dagli 11-14 anni (secondo il calendario vaccinale dell'adolescente)
  - Nei soggetti già vaccinati offrire la seconda dose nell'occasione sovradescritta

#### Piano di eliminazione della rosolia congenita:

- Donne in età fertile
  - Vaccinazione di tutte le donne in età fertile che non hanno documentazione di vaccinazione o che abbiano sierologia negativa per la rosolia
  - Vaccinazione delle puerpere e donne che effettuano IVG che non hanno documentazione di vaccinazione o che abbiano sierologia negativa per la rosolia
- Personale esposto a rischio professionale
  - Vaccinazione di tutti gli operatori sanitari suscettibili
  - Vaccinazione di tutte le donne suscettibili esposte ad elevato rischio professionale (es. lavoratrici nelle scuole)

#### Altre azioni:

- Verifica puntuale dei risultati di copertura raggiunti nel corso della campagna straordinaria di recupero prevista dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
- Miglioramento della sorveglianza del morbillo e rosolia congenita, con avvio di programmi per la conferma eziologica dei casi sospetti

#### **Epatite A**

**Programma vaccinale.** A partire dal 1998, il vaccino antiepatite A è offerto attivamente a tutti i bambini nel secondo anno di vita ed agli adolescenti a 12 anni. L'attuale copertura immunitaria risulta estremamente insufficiente (<40%) nei bambini più piccoli. Negli adolescenti si registrano sul territorio regionale livelli estremamente disomogenei con punte di ottima copertura (prossima al 90% in alcune coorti) e situazioni carenti o per copertura media o per la mancata vaccinazione di alcune coorti a causa della sospensione periodica della vaccinazione.

**Epidemiologia**. Dopo il grosso evento epidemico del biennio 1996/97, negli anni successivi si è registrato un brusco calo dell'incidenza in tutta la Regione. Nell'ultimo triennio, per la prima volta nella storia di questa malattia, il numero di casi annui notificati è stato inferiore alle cento unità. Sono però ancora segnalati singoli comuni in cui, pur in condizioni di limitata circolazione generale del virus, l'incidenza annuale supera i 20 casi x 100.000 residenti. Tale situazione epidemiologica, unitamente ai livelli di copertura vaccinale certamente non ancora sufficienti, devono imporre una estrema attenzione nella sorveglianza e prevenzione di possibili riaccensioni epidemiche.

**Obiettivi di salute**. Mantenere i livelli annui di incidenza di epatite A in tutta la Regione al di sotto di 20 casi x 100.000 abitanti in ogni singolo comune, per arrivare progressivamente alla eliminazione della circolazione endemica del virus. Contenimento dei focolai epidemici locali.

#### Obiettivi di copertura.

- Mantenere elevati (>80%) i livelli di copertura vaccinale negli adolescenti anche attraverso azioni di recupero dei non vaccinati
- Portare la copertura nei nuovi nati a livelli non inferiori all'80% su tutto il territorio regionale

#### Altre azioni:

- incrementare la sorveglianza della malattia con azioni di sorveglianza attiva sui reparti di malattie infettive
- mettere in atto sistemi rapidi di risposta agli eventi epidemici basati sull'isolamento del malato e sulla vaccinazione dei contatti

#### <u>Influenza</u>

Programma vaccinale. Il vaccino è prioritariamente e gratuitamente offerto a tutti gli ultrasessantacinquenni, a tutte le persone con patologie che aumentino il rischio di complicanze dell'influenza. Inoltre la vaccinazione è consigliata per operatori in strutture sanitarie, familiari di soggetti ad alto rischio, soggetti addetti a servizi pubblici di primo interesse collettivo, soggetti esposti al rischio di infezione da virus aviario (Circolare n. 1 del 2 agosto 2004). La copertura nel 2003-04 è risultata superiore alla media nazionale, raggiungendo il valore di 72,7% (sostanzialmente immutato nel 2004-05 in cui è risultato pari a 71,3%), ma risulta ancora inferiore al valore minimo da perseguire ossia 75%. Non sono noti dati solidi sulla copertura dei gruppi a rischio, soprattutto a causa della impossibilità di definire i denominatori in mancanza di registri specifici. L'assenza di campagne di vaccinazione attiva nei confronti di tali gruppi, comunque, non ha portato fino ad oggi a risultati significativi. Per l'implementazione delle nuove strategie di vaccinazione per l'incremento della copertura antinfluenzale seguiranno specifiche Linee operative regionali.

**Epidemiologia.** I dati di incidenza sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli nazionali (si rinvia al Piano Nazionale Vaccini). E' da sottolineare che nell'ultima stagione il registrato aumento dei casi ha coinvolto principalmente i bambini e gli adulti di età <65 anni.

Obiettivi di salute. L'obiettivo a breve termine è di incrementare la copertura vaccinale prioritariamente nei soggetti >64 anni; incrementare la copertura in tutti i soggetti a rischio di complicanze, ovvero portatori di patologie predisponenti; vaccinare i soggetti addetti a servizi di pubblica utilità o a rischio maggiore di contagio per motivi professionali. Obiettivi a medio e lungo termine è ampliare la popolazione vaccinata includendo nuove classi d'età (6-24 mesi, 50-64 anni) per ostacolare la circolazione del virus in previsione di una nuova pandemia.

#### Obiettivi di copertura.

- Raggiungere la copertura minima di 75% e tendere negli anni successivi al 95% dei soggetti con più di 64 anni.
- Vaccinazione di tutti i soggetti affetti da malattie croniche dell'apparato respiratorio, circolatorio, uropoietico, diabete, fibrosi cistica, sindromi da malassorbimento intestinale, immunodepressi, malattie di organi emopoietici e dei bambini reumatici e a rischio di malattia di Reye
- Copertura >75% degli operatori sanitari, addetti alla pubblica sicurezza e servizi pubblici essenziali.

#### Azioni da intraprendere.

- Offrire attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio
- Predisporre registri di soggetti a rischio per l'offerta stagionale e monitoraggio delle coperture raggiunte
- Sorveglianza delle complicanze in età pediatrica
- Prepararsi all'offerta della vaccinazione in caso di pandemia.

#### Streptococcus pneumoniae (pneumococco)

#### 1) In età pediatrica:

**Programma vaccinale.** Nel calendario dell'età evolutiva la vaccinazione antipneumococcica con vaccino eptavalente (per sierotipi 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F, 6B) è di recente introduzione; l'attuale indicazione regionale è di offrire la vaccinazione attivamente a tutti i bambini ad alto rischio di contrarre la patologia invasiva da pneumococco con età <5 anni e l'offerta gratuita o compartecipata a tutti i nuovi nati, con precedenza per i bambini che frequentano asili nido. Con il presente Piano si estende l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione a tutti i nuovi nati contestualmente alla vaccinazione esavalente. Per l'introduzione di questa nuova vaccinazione seguiranno specifiche Linee operative regionali.

**Epidemiologia.** Lo pneumococco è responsabile di un numero elevato di patologie invasive nei bambini. I dati regionali sono presumibilmente sovrapponibili ai dati nazionali. Dal 1994 al 2004 il Sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche SIMI-ISS raccoglie dati sui patogeni causa delle meningite batteriche: mediamente lo pneumococco è coinvolto nel 32% dei casi, con un trend in aumento; è il batterio identificato più frequentemente. In età pediatrica oltre a meningite si può avere polmoniti (70% del totale delle forme invasive pediatriche) e sepsi. Da non sottovalutare anche il carico di malattia causato dalle otiti medie, nei confronti delle quali, comunque, il vaccino offre una protezione parziale.

L'andamento delle meningiti è bimodale con picchi di incidenza nelle classi di età 0-4 anni (in particolar modo al di sotto dei 2 anni) e >64 anni. Nel 2002 è stato avviato un sistema di sorveglianza attivo delle patologie invasive da pneumococco in Puglia e Piemonte che ha permesso di misurare l'incidenza effettiva di patologie invasive da pneumococco (11,3/100.000 bambini nei primi due anni di vita).

Diversi studi condotti in Italia indicano che l'incidenza di batteriemie causate da pneumococco in bambini <3 anni e <5 anni è rispettivamente di 63,8/100.000 e 62,0/100.000. E' stato studiato che al di sotto dei 2 anni l'81% dei casi di sepsi è causato da sierotipi contenuti nel vaccino eptavalente. Inoltre circa il 10% dei bambini ha condizioni di rischio favorenti la patologia invasiva da pneumococco.

In studi internazionali l'incidenza di patologia invasiva da pneumococco in bambini a rischio non è risultata significativamente più elevata rispetto ai bambini non a rischio.

**Obiettivi di salute.** Ridurre l'incidenza di patologie invasive da pneumococco in tutti i bambini di età <5 anni, in particolare le forme più gravi, anche se meno frequenti, ovvero meningiti e sepsi contro cui il vaccino è molto efficace. L'estensione della vaccinazione a tutti i neonati, senza limitarla ai bambini a rischio, ha anche un effetto positivo su tutta la popolazione grazie ad un effetto di *herd immunity* dovuto alla riduzione dei portatori sani di pneumococco.

#### Obiettivi di copertura

- Vaccinazione di tutti i bambini ad alto rischio
- Vaccinazione dei nuovi nati con tre dosi entro il primo anno di vita, con il raggiungimento del 60%, 70% e 80% di copertura, progressivamente dal primo al terzo anno di durata del presente Piano

#### Azioni da intraprendere

- Ricerca attiva e offerta del vaccino ai bambini ad alto rischio
- Offerta attiva a tutti i nuovi nati contestualmente alla somministrazione del vaccino esavalente
- Miglioramento della sorveglianza delle infezioni da pneumococco. Possibilità di disporre di laboratori regionali di riferimento

#### 2) Negli adulti a rischio e negli anziani:

Programma vaccinale. In Puglia la vaccinazione antipneumococcica è stata avviata nel 1998 con l'emanazione di una circolare regionale che invitava le Aziende USL ad offrire tale vaccinazione alle categorie a rischio; nel 2000, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, un ulteriore documento di indirizzo sottolineava la necessità di associare alla vaccinazione antinfluenzale anche quella antipneumococcica con vaccino 23-valente nei soggetti con età >64 anni. Nei soggetti vaccinati i richiami sono previsti ogni 5 anni, in accordo con la durata della protezione conferita dal vaccino. Nonostante la raccomandazione generale, la copertura degli ultrasessantacinquenni nel 2003 è risultata essere del 4,5%.

**Epidemiologia.** L'andamento delle patologie invasive da pneumococco, e soprattutto delle meningiti, è bimodale con picchi di incidenza nelle classi di età 0-4 anni (in particolar modo al di sotto dei 2 anni) e >64 anni. Per i soggetti >64 anni la polmonite rappresenta comunque la forma morbosa più frequente. Dall'analisi delle SDO regionali, si evidenziano dai 130 ai 160 casi di polmonite pneumococcica ogni anno. A questi va aggiunte certamente una quota degli

oltre 1.500 casi annui di polmonite non specificata. La letalità fra i casi ospedalizzati con >64 anni sfiora il 50%.

Nei soggetti di 25-64 anni si registrano tassi moderatamente elevati soprattutto nei soggetti a rischio di sviluppare patologie invasive da pneumococco (cardiopatici, immunodepressi, soggetti affetti da malattie croniche respiratorie, asplenia anatomica o funzionale, anemia falciforme).

**Obiettivi di salute.** Ridurre l'incidenza di patologie invasive da pneumococco (sepsi, meningiti, polmoniti batteriemiche) e la mortalità ad esse dovuta, negli anziani e negli adulti a rischio. Ridurre l'ospedalizzazione ed il peso socio-economico di tale gruppo di patologie.

#### Obiettivi di copertura.

- Raggiungere gli stessi tassi di copertura della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti con più di 64 anni, vista la sovrapposizione della popolazione bersaglio.
- · Vaccinare tutti gli adulti a rischio

#### Azioni da intraprendere.

- Attivare programmi di offerta attiva del vaccino alla popolazione >64 anni con vaccino 23-valente in concomitanza con vaccinazione antinfluenzale. Nelle ASL dove l'offerta fino ad oggi è stata trascurabile, sarebbe opportuno offrire prioritariamente la vaccinazione agli ultrasettantacinquenni, per raggiungere progressivamente anche nelle altre coorti più giovani i livelli di copertura previsti (vedi calendario nei precedenti documenti di indirizzo regionali per lo pneumococco per l'ottimizzazione della copertura in tutte le coorti con prima vaccinazione e richiami quinquennali)
- Attivare programmi di offerta attiva del vaccino agli adulti a rischio con vaccino 23valente in concomitanza o meno con vaccinazione antinfluenzale.

#### Neisseria meningitidis (meningococco)

Programma vaccinale. In base ai dati epidemiologici regionali dovrà essere avviata una vaccinazione con singola dose di vaccino monovalente C coniugato al 15° mese. In aggiunta si offrirà attivamente il vaccino agli adolescenti a 11-12 anni di età, al fine di avviare un controllo della malattia nelle fasce di età di massima incidenza rappresentate proprio dal giovane adulto. Per l'introduzione di questa nuova vaccinazione seguiranno specifiche Linee operative regionali.

**Epidemiologia.** I meningococchi sono la causa di un quarto di tutte le meningiti batteriche notificate; la malattie è caratterizzata da una letalità del 10-15% e causa sequele permanenti nel 10-20% dei casi. E' una infezione che interessa soprattutto la fascia di popolazione <30 anni. I sierotipi che più frequentemente sostengono le infezioni in Italia sono il B e il C. Il rischio di meningite meningococcica causata dal sierogruppo C è maggiore nelle fasce d'età 0-4 anni e 15-24 anni. Nel quinquennio 2000-2004 in Puglia sono stati notificati 4 casi di meningite meningococcica (senza definizione del sierotipo) in bambini di età <1 anno, 3 dei quali in bambini di meno di 3 mesi, 32 casi nella fascia 1-14 anni, 39 nei soggetti >14 anni. Sebbene il numero di casi sia in assoluto esiguo in tutte le fasce d'età, la gravità della malattia ed il forte impatto sociale giustifica un intervento di vaccinazione sulla popolazione.

#### Obiettivi di salute.

- Ridurre l'incidenza di meningiti da meningococco e la mortalità ad esse dovuta nei soggetti con età 1-15 anni. Non appare giustificato iniziare la vaccinazione prima di 1 anno di età alla luce del fatto che l'incidenza è <1 caso all'anno per tutte le meningiti meningococciche.
- Il raggiungimento di coperture elevate potrebbe avere effetto su tutta la popolazione non vaccinata grazie all'instaurarsi della herd immunity.
- Vaccinare tutti gli adulti ad alto rischio di infezione da meningococco (splenectomizzati, pazienti con alterazioni della cascata del complemento)

 Vaccinare tutti gli adulti esposti al rischio di infezione da meningococco per motivi di lavoro o per viaggio

#### Obiettivi di copertura.

- Vaccinare con singola dose di vaccino monovalente C coniugato nelle coorti di età previste dal calendario vaccinale dell'età evolutiva (15 mesi, 11-12 anni) con il raggiungimento del 60%, 70% e 80% di copertura, progressivamente dal primo al terzo anno di durata del presente Piano
- 100% copertura con vaccino polisaccaridico tetravalente di tutti gli adulti ad alto rischio o maggiormente esposti al rischio di infezione.

#### Azioni da intraprendere.

- Ricerca attiva e offerta del vaccino nei soggetti con particolare rischio per la meningite meningococcica
- Offerta attiva a tutti i nuovi nati al 15° mese di vita
- Miglioramento della sorveglianza della malattia con particolare riferimento alla tipizzazione dei ceppi circolanti. Possibilità di disporre di laboratori regionali di riferimento

#### **Varicella**

**Programma vaccinale.** Attualmente la vaccinazione antivaricella è raccomandata in Puglia per i soggetti ad elevato rischio di contrarre la varicella in forma grave e per tutti gli adolescenti anamnesticamente negativi. A partire dal 1° gennaio 2006 la vaccinazione sarà offerta attivamente e gratuitamente a tutti i bambini al 15° mese di vita. Per l'introduzione di questa nuova vaccinazione seguiranno specifiche Linee operative regionali.

**Epidemiologia.** La varicella ha un andamento endemo-epidemico. In Puglia, nonostante la sottonotifica, si registrano ogni anno più di 4.000 casi di malattia. Il trend di questa malattia è sostanzialmente costante e non si individuano picchi epidemici di particolare evidenza. L'età media dei casi di malattia negli ultimi anni sta mostrando un costante innalzamento, probabilmente legato a mutamenti socio-demografici. Il ricordo anamnestico ha un valore predittivo positivo molto elevato che può agevolare l'individuazione di soggetti suscettibili

#### Obiettivi di salute. Obiettivo prioritario è la protezione individuale di:

- 1) soggetti a rischio maggiore di complicanze: immunodepressi, trapiantati, leucemici, pazienti con tumori maligni e linfomi.
- 2) donne in età fertile anamnesticamente negative
- contatti ravvicinati di soggetti a rischio maggiore di complicanze: familiari e conviventi, compagni di scuola della stessa classe, colleghi della stessa stanza, operatori sanitari esposti, partner sessuali, altre persone che frequentino quotidianamente il domicilio del soggetto affetto.
- 4) Obiettivo auspicabile è ridurre i casi nella popolazione generale e, secondariamente, ridurre l'incidenza di Herpes Zoster nella popolazione adulta e anziani.

#### Obiettivi di copertura.

- Vaccinazione di tutti i soggetti a rischio di complicanze
- Vaccinazione di tutti i lavoratori suscettibili che operino in asili nido e scuole primarie e secondarie
- Vaccinazione delle donne in età fertile suscettibili
- Vaccinazione all'età di 15 mesi, con il raggiungimento del 60%, 70% e 80% di copertura, progressivamente dal primo al terzo anno di durata del presente Piano
- Copertura >95% negli adolescenti con anamnesi negativa

#### Azioni da intraprendere.

- Individuare e vaccinare attivamente tutti i soggetti a rischio e i loro contatti
- Individuare e vaccinare lavoratori suscettibili che operino in asili nido e scuole primarie e secondarie

- Avviare vaccinazione secondo il calendario dell'età evolutiva
- Parallelamente alle azioni del piano di eliminazione della rosolia congenita, vaccinare le donne in età fertile suscettibili
- Migliorare la notifica della malattia

#### Le vaccinazioni negli immigrati in Puglia

La posizione della Puglia quale territorio di frontiera impone una attenta valutazione dello stato di copertura immunitaria nelle popolazioni immigrate sia stanziali che in transito nella regione. Nel campo della prevenzione vaccinale, infatti, la presenza anche non particolarmente consistente sotto il profilo numerico di popolazioni immigrate pone comunque numerosi aspetti di criticità legate alla difficoltà di inclusione in una anagrafe vaccinale e alla difficoltà di raggiungimento da parte dei SV. Potrebbero così facilmente crearsi sacche consistenti di soggetti suscettibili, condizione favorente per il verificarsi di fenomeni epidemici anche rilevanti. Attualmente non sono attivi presenti nella Regione programmi di vaccinazione specifici in questo senso. Resta in tal senso prioritario:

- attivare in ogni ASL programmi di ricerca attiva dei soggetti suscettibili, da portare avanti attraverso collaborazioni con gli operatori del sociale
- avviare programmi che evitino l'esclusione degli immigrati dai comuni sistemi di sorveglianza delle malattie infettive
- includere nei programmi di formazione continua degli operatori dei SV temi specifici quali la conoscenza dei calendari vaccinali internazionali, le modalità di relazione attraverso i mediatori culturali, le strategie di intervento nei gruppi di immigrati più svantaggiati (nomadi, clandestini, reclusi, ecc.).

	Ш	calendario	delle	vaccinazioni	dell'età	evolutiva
--	---	------------	-------	--------------	----------	-----------

Vaccino	Nascita	3°mese	5° mese	12° mese	13° mese	15°mese	24° mese	5-6 anni	11-12 anni	13-14 anni
DTP		DTaP	DTaP	DTaP				DTaP/ Tdap <sup>6</sup>		Tdap
IPV		IPV	IPV	IPV				IPV <sup>2</sup>		
Epatite B	HB <sup>1</sup>	НВ	НВ	НВ						
Hib		Hib	Hib	Hib						
MPR					MPR1			MPR2 <sup>3</sup>	MPR2 <sup>3</sup>	
Epatite A					HAV1		HAV2		HAV1	HAV2
PCV		PCV	PCV	PCV						
Men C						Men C			Men C⁴	
Varicella						VZV <sup>5</sup>			VZV <sup>5</sup>	

#### Note:

- 1 solo per i nati da madre HBsAg+
- 2 quarta dose IPV: a partire dal 1º gennaio 2006 per chi non abbia ancora ricevuto la quarta dose
- 3 seconda dose MPR per i bambini già vaccinati con una dose o prima dose di recupero per quelli mai vaccinati in precedenza
- 4 vaccinazione antimeningococcica in soggetti mai vaccinati in precedenza
- 5 dose di vaccino antivaricella-zoster in adolescenti anamnesticamente negativi e, a partire dal 1° gennaio 2006, a tutti i bambini al 13° mese di vita
- 6 si sottolinea che nei bambini di 6 anni compiuti è indicato l'utilizzo dei prodotti Tdap formulazione adulti ed è controindicato l'uso di prodotti DTaP formulazione pediatrica

Sulla base di quanto indicato nel Piano Nazionale Vaccini (GU n. 86 del 14/4/2005), il presente calendario rappresenta, a partire dal 1° settembre 2005, la guida operativa per le strategie vaccinali in Puglia.

Si ribadisce che per 3° mese (e analogamente negli altri casi in cui l'età si esprime in mesi) si intende "terzo mese di vita", ovvero dal 61° al 90 giorno di vita. Per 5-6 anni (e analogamente per gli altri casi in cui l'età è espressa in anni) si intende a 5-6 anni compiuti.

Tutte le vaccinazioni indicate nel calendario sono da intendersi soggette ad offerta attiva e gratuita, subordinatamente alle linee operative ed ai livelli di priorità esposti nel presente Piano. In merito agli appuntamenti previsti dal calendario si precisa quanto segue:

- per gli appuntamenti indicati al 3°, 5° e 11° mese di vita, il vaccino antipneumococcico eptavalente coniugato può essere cosomministrato a tutti i prodotti esavalenti attualmente in commercio. La cosomministrazione deve rappresentare la scelta organizzativa da preferire, al fine di ottimizzare gli accessi ai SV da parte dell'utenza. In caso contrario, la somministrazione del PCV dovrebbe essere differita di 14 giorni rispetto a quella dell'esavalente.
- La somministrazione della prima dose di MPR è preferibilmente da fissare dopo il compimento del primo compleanno. Contemporaneamente all'MPR sarà cosomministrata, in una sede differente di inoculo, la prima dose di HAV.
- La somministrazione dei vaccini antimeningococcico coniugato e antivaricella dovrà essere effettuata a non meno di quattro settimane dall'MPR.
- La quarta dose di vaccino antipolio inattivato sarà somministrata al 3° anno di età, secondo quanto previsto dal precedente calendario, fino al 31 dicembre 2005. A partire dal 1° gennaio 2006, sarà invece rispettato l'appuntamento al 5°-6° anno, ovvero in coincidenza con l'ammissione alla prima classe della scuola elementare. Nel corso del 2006, pertanto, la quarta dose antipolio non sarà più somministrata ai bambini di tre anni.
- Per l'appuntamento a 5-6 anni si dovrà prevedere la somministrazione simultanea del vaccino DTaP (o, in sostituzione, del Tdap nella formulazione per adulto) con la seconda dose MPR.

- Per l'organizzazione delle vaccinazioni nell'adolescente in merito alle scadenze temporali sincronizzate con l'andamento dell'anno scolastico, si rimanda a quanto già stabilito con delibera della GR n° 1327 del 4/9/2003. Si aggiunge, ad integrazione, che il vaccino Men C sarà cosomministrato a quello antivaricella.
- Si ribadisce che, per l'avvio delle nuove strategie di vaccinazione antipneumococcica dell'infanzia, antimeningococcica ed antivaricella, seguiranno specifiche Linee operative regionali.
- Il presente calendario offrirà l'opportunità di valutare in una situazione di fase IV postmarketing alcuni prodotti vaccinali in cosomministrazione (es: MPR e HAV ovvero Men C e VZV).

#### Le vaccinazioni degli adulti, dei lavoratori e dell'anziano

Le attività di vaccinazione nelle età successive all'adolescenza dovranno assumere nei prossimi anni una posizione di sempre maggiore priorità. Nelle sezioni precedenti è già stata più volte sottolineata la necessità di intervenire con specifici programmi di vaccinazione in soggetti appartenenti a gruppi ad elevato rischio di malattia o di complicanze, nonché nei soggetti appartenenti a categorie lavorative che svolgono mansioni di particolare rilevanza sociale. A questo si aggiunga l'importanza di integrare le attività di vaccinazione con i programmi di prevenzione e tutela della salute del lavoratore secondo quanto disposto dal D. Lgs 626/94. Infine, ma non da ultimo, anche nell'anziano le vaccinazioni rivestono oggi un ruolo sempre più di rilievo, risultando l'offerta estesa ben oltre la tradizionale vaccinazione antinfluenzale.

Per raggiungere gli obiettivi fissati in questi ambiti sarà dunque necessario un forte sforzo organizzativo da parte dei SV.

Il punto critico da superare per ottenere buone coperture vaccinali nei gruppi a rischio è la individuazione di tali soggetti per la proposizione attiva della vaccinazione. In molti casi si tratterà di attivare canali di comunicazione stabili fra SV e altri soggetti interni o esterni alla ASL, quali PLS e MMG, reparti specialistici ospedalieri, ambulatori specialistici territoriali, altre strutture dei distretti socio-sanitari, ma anche le unità di statistica ed epidemiologia e soggetti esterni al sistema sanitario quali le associazioni di pazienti. Questi canali informativi saranno stabiliti attraverso specifici accordi di programma definiti sulla scorta di Linee operative regionali.

Saranno contestualmente avviati protocolli di collaborazione con enti esterni alle ASL (altre strutture sanitarie, scuole, comuni, forze dell'ordine) per la vaccinazione antinfluenzale nelle categorie da vaccinare prioritariamente anche se di età <65 anni. In particolare dovranno essere avviati contatti con i medici competenti operanti nei comparti lavorativi interessati o altre figure cui è demandata la tutela della salute del lavoratore (es: sanità militare).

La proficua collaborazione avviata negli ultimi anni con i MMG, che ha portato ad un notevole innalzamento delle coperture antinfluenzali, dovrà essere ulteriormente consolidata ed allargata per favorire l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica ed antitetanica nei soggetti >64 anni.

#### Linee operative per il raggiungimento degli obiettivi di copertura

- Uno dei punti prioritari che migliorerebbe le attività vaccinali sia in senso quantitativo che qualitativo è rappresentato dalla chiamata attiva della popolazione target attraverso inviti scritti, telefonici o via SMS. Sarà pertanto considerato prioritario, a partire dalla entrata in vigore del presente Piano, avviare in ogni ASL un percorso che porti a breve alla chiamata attiva in occasione di ogni appuntamento vaccinale.
- Al fine di raggiungere un'unica visione aziendale nella realizzazione del Piano Regionale Vaccini, necessaria al fine di migliorare la qualità dell'offerta, dovrà essere avviata una serie di incontri sistematici fra gli operatori dei Servizi vaccinali, PLS e MMG per la pianificazione operativa degli obiettivi specifici da raggiungere. Gli incontri dovranno essere condotti seguendo uno schema da concordare a livello regionale.
- Sulla base di dettagliati rapporti di attività, ciascun SV dovrà valutare la propria dotazione di risorse umane e strumentali al fine di raggiungere standard adeguati attraverso il reclutamento di nuovo personale o l'incentivazione del personale operante nel Dipartimento di Prevenzione ma non interamente dedicato alle attività vaccinali.
- Le attività di vaccinazione in ciascuna ASL saranno gestite da un Gruppo di lavoro coordinato da un Dirigente medico del SIP interamente dedicato a tale attività. Il gruppo dovrà vedere la partecipazione di almeno un PLS, un MMG, un Infermiere professionale o un Assistente Sanitario, un Dirigente medico operante nel Distretto più rappresentativo della ASL. Nei lavori del gruppo saranno occasionalmente coinvolti, per la risoluzione di problemi specifici, altri operatori (medici del SIP responsabili dei sistemi di sorveglianza delle malattie infettive, medici della Unità di Epidemiologia e Statistica, responsabili degli Uffici Formazione, medici ospedalieri, responsabili degli Uffici Relazione con il Pubblico, ecc.).
- Rappresenterà una priorità del gruppo di coordinamento stabilire canali comunicativi frequenti ed efficaci con tutte le figure coinvolte a vario titolo, anche solo marginalmente, nel programma vaccinale.
- Le competenze tecnico professionali di tutti gli attori coinvolti nelle attività di vaccinazione vanno continuamente aggiornate sia all'interno della routine operativa sia attraverso corsi di formazione e/o aggiornamento formali. L'Istituto dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) dovrebbe costituire il riferimento normativo per garantire equamente l'accesso alle fonti informative aggiornate e validate scientificamente.
- Il gruppo di coordinamento sarà responsabile localmente degli specifici programmi di formazione del personale dei Servizi vaccinali. Il programma nel complesso sarà delineato a livello regionale dalla Commissione Vaccini con il supporto delle Università e delle Società Scientifiche principalmente coinvolte (SItI, SIP, SIMMG). Dovranno essere messi in atto programmi finalizzati ad aggiornare le conoscenze sull'epidemiologia delle malattie prevenibili da vaccino, sulla dinamica epidemiologica dei programmi di vaccinazione, sui nuovi vaccini, sulle reazioni avverse, sulle vere e false controindicazioni, ecc.
- Contestualmente sarà avviato un programma di formazione continua specifico per PLS e MMG i cui temi saranno di volta in volta concordati a livello regionale per il tramite della Commissione Regionale Vaccini.
- Dovrà essere avviato un programma di comunicazione per la popolazione generale, al fine di diffondere le conoscenze sui vaccini, sulla loro sicurezza, sui vantaggi derivanti dalle vaccinazioni. Il programma potrà essere condotto attraverso la distribuzione di materiale informativo cartaceo, comunicati sui mezzi di informazione, interventi nelle scuole, ecc., ma dovrà risultare sempre integrato con tutti gli altri interventi finalizzati in ogni ASL al miglioramento delle coperture.

- L'attività dei gruppi di coordinamento delle ASL sarà sottoposta a verifica periodica da parte della Commissione Regionale Vaccini, mediante la raccolta sistematica di indicatori di processo.
- Al fine di migliorare la qualità dell'offerta, promuovere l'immagine dei SV ed incrementare sensibilmente i tempi di apertura del servizio al pubblico, dovrà essere considerata in ogni ASL l'opportunità di centralizzare le attività di vaccinazione, magari prendendo quale riferimento di unità territoriale il Distretto Sociosanitario. Sarà necessario che ciascun SV garantisca un numero minimo di prestazioni giornaliere per poter assicurare un adeguato standard di qualità. I luoghi in cui si svolgono le attività di immunizzazione devono essere immediatamente accessibili e usufruibili per le vaccinazioni e non vi devono essere barriere che ne riducano l'utilizzazione (barriere architettoniche, difficoltà di individuazione, assenza di parcheggi, scarsi collegamenti con i mezzi di trasporto pubblici, ecc.).

#### L'anagrafe vaccinale

L'anagrafe vaccinale pugliese sarà realizzata utilizzando il software GIAVA (gestione informatizzata degli ambulatori vaccinali), una soluzione web based sviluppata a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che ad oggi è già proprietario della versione 3.0 del software.

In ogni ambulatorio di vaccinazione dovrà essere presente un personal computer con accesso alla rete Internet e corredato da una stampante.

La presenza di un database unico regionale offrirà il vantaggio di svincolare le singole ASL da problemi di tipo sistemistica, consentirà agli utenti di accedere ad ogni ambulatorio indipendentemente da dove siano stata effettuate le vaccinazioni precedenti, consentirà a PLS e MMG di conoscere la situazione vaccinale dei propri assistiti ed, eventualmente, aggiornarla. Sarà considerata la possibilità di acquisire automaticamente le liste dei nuovi nati e di aggiornare l'anagrafe vaccinale utilizzando il datawarehouse regionale della anagrafe degli assistiti.

Una volta avviata a pieno regime l'anagrafe vaccinale regionale, dovrà essere considerata la possibile integrazione con i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e registro degli eventi avversi

#### Il percorso qualità

La Certificazione di Qualità assicura la certezza dell'applicabilità delle migliori procedure al fine di perseguire al meglio la standardizzazione e l'aderenza ai più comuni protocolli nazionali. Non solo, ma lo scopo della Certificazione è quello di seguire, verificare periodicamente e studiare attentamente il percorso per migliorare ogni procedura.

La normativa ISO 9001 costituisce per tutte le tipologie di attività un riferimento a livello mondiale.

La norma internazionale ISO 2001 è basata sull'approccio per processi, dove per processo si intende un'attività, svolta dall'organizzazione, che utilizza risorse sia umane sia materiali (infrastrutture, attrezzature, servizi) per consentire la trasformazione di elementi in ingresso ("input") in elementi in uscita ("output").

Gli steps necessari per raggiungere il traguardo della certificazione secondo ISO 9001 si possono brevemente sintetizzare come segue:

- Analisi delle attività aziendali e individuazione dei processi e degli indicatori significativi che ne permettano la misurazione.
- Predisposizione del manuale della qualità che includa:
  - il campo di applicazione del Sistema Qualità
  - la descrizione dei processi e delle loro interazioni e delle procedure documentate previste dalla norma
- Applicazione del Sistema per un congruo periodo di tempo al fine di poterne valutare efficacia ed efficienza
- Valutazione da parte di un Ente Certificatore accreditato per accertarne la certificabilità.

A partire dall'entrata in vigore del presente Piano, in ciascuna ASL, sotto il coordinamento del gruppo di lavoro locale, dovrà essere avviato il processo che conduca, entro i tre anni di durata del Piano, alla certificazione della qualità dei SV.

#### Verso il superamento dell'obbligo vaccinale

L'opportunità o meno di superare l'obbligo vaccinale è tuttora in Italia argomento di acceso dibattito, anche se in tutti gli operatori interessati alle vaccinazioni è ormai radicata la consapevolezza che il superamento dell'obbligo è un percorso necessario e per certi versi ormai ampiamente avviato.

E' fuori di dubbio che il successo ottenuto con vaccinazioni raccomandate quali l'antipertosse e l'anti-Hib è certamente da ascrivere all'effetto di trascinamento indotto dalle vaccinazioni obbligatorie all'interno dei prodotti esavalenti. Ma è pur vero che la recente esperienza condotta con il piano di eliminazione del morbillo ci dimostra come, attraverso l'azione combinata di tutti gli attori del sistema sulla scorta di un programma condiviso e ben pianificato, possono essere raggiunte coperture soddisfacenti anche in assenza di obbligo di legge. Il modello organizzativo del piano morbillo, pertanto, dovrebbe da oggi essere preso ad esempio per ogni attività vaccinale di routine.

L'introduzione di nuove vaccinazioni, come previste dal presente Piano, potranno fornire ulteriori elementi di valutazione per verificare concretamente le potenzialità messe in campo dal sistema organizzativo dei SV in Puglia. Nel corso del triennio 2005-2007 saranno raccolte sistematicamente informazioni, eventualmente con studi ad hoc, finalizzate a valutare la possibilità, al termine del periodo, di supportare anche a livello nazionale la decisione di superare l'obbligo vaccinale.

### **ATTENZIONE:**

Il Numero di c/c postale per i versamenti è cambiato. Il nuovo numero è 60225323. Utilizzare i bollettini prestampati indicando nell'apposita casella il numero di codice per il  $B.U.\ N.\ 3119.$ 

