

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Anno XXXIX

BARI, 22 LUGLIO 2008

N. 117



Sede Presidenza Giunta Regionale

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

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

Nella parte I sono pubblicati:

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

Nella parte II sono pubblicati:

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

INSERZIONI

Gli atti 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 - 70121 Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 14,62 salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo, dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista e da 1 copia in formato elettronico firmata con procedura digitale.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 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 € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 50 battute (o frazione).

Il versamento deve essere effettuato sul c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

ABBONAMENTI

L'abbonamento, esclusivamente annuo, è di € 134,28 da versare su c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

I versamenti 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 3° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Costo singola copia € 1,34.

Il Bollettino Ufficiale è in vendita presso:

Libreria Piazza - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;

Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia.

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 13 giugno 2008, n. 904

Art. 42 Legge regionale n. 28/2001 ed art. 10 Legge regionale n. 41/2007. Variazione al bilancio di previsione 2008. Assegnazione statale di euro 205.357,71 da destinare alle emittenti radiofoniche e televisive per la trasmissione di messaggi autogestiti gratuiti – legge n. 28/2000.

Pag. 13476

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 911

Approvazione di n. 15 atti dirigenziali di alienazione terreni della Riforma Fondiaria in favore di manuali ed abituali coltivatori della terra delle province di Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto.

Pag. 13477

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 925

Accordo di Programma tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3. Provincia di Taranto, Regione Puglia, ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (CIC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto. Ratifica.

Pag. 13481

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 931

Autorizzazione al Dirigente del Settore Agricoltura ad impegnare e liquidare le spettanze a vari ricorrenti, a seguito di sentenze del Giudice. Avv. Cosima Lucia Valente.

Pag. 13492

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 973

POR Puglia 2000/2006 – Misura 4.18 Contratti di Programma – Proroga dei termini per l'ultimazione degli investimenti ammessi.

Pag. 13496

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 974

Accordo di Programma Quadro “Realizzazione di Interventi a sostegno dello Sviluppo Locale”. Riprogrammazione.

Pag. 13498

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 981

Circolare n. 1/2008 – Norme esplicative sulla procedura di Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.) dopo l'entrata in vigore del Decreto legislativo 16 gennaio 2008, n. 4 correttivo della Parte Seconda del Decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

Pag. 13503

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 982

Approvazione schema di convenzione per l'affidamento a medico veterinario del servizio di assistenza sanitaria all'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia ed al Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato “Russoli” con sede in Martina Franca (Ta). Leggi regionali nn. 56/79 e 9/93.

Pag. 13509

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 1003

Campagna antincendi boschivi 2008. Variazione compensativa al bilancio per l'esercizio finanziario 2008 di euro 635.000,00 e riparto fondi.

Pag. 13515

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 1007

Il contributo della Cittadinanza Attiva all'elaborazione del Piano Regionale di Salute: gli aspetti emergenti e gli interventi attesi.

Pag. 13516

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 904

Art. 42 Legge regionale n. 28/2001 ed art. 10 Legge regionale n. 41/207. Variazione al bilancio di previsione 2008. Assegnazione statale di euro 205.357,71 da destinare alle emittenti radiofoniche e televisive per la trasmissione di messaggi autogestiti gratuiti – legge n. 28/2000.

L'Assessore al Bilancio e Programmazione, dott. Francesco Saponaro, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente di Ufficio confermata dal Dirigente di Settore, riferisce quanto segue:

Il Banco di Napoli S.P.A., Tesoriere della Regione Puglia, ha trasmesso, al fine della emissione della reversale di incasso, il mod. 2 Tun della Tesoreria Provinciale dello Stato, relativo al sotto descritto accreditamento disposto in favore del conto 31601: Prov. N. 470/08 di euro 205.357,71 - causale " Contributi e rimborsi oneri sostenuti dalle emittenti radiofoniche e televisive locali per la trasmissione di messaggi autogestiti a titolo gratuito"-Amministrazione Emittente: Ministero delle Comunicazioni - Capitolo Ministeriale n. 3121;

Ciò premesso, tenuto conto che si tratta di assegnazione del Ministero delle Comunicazioni sulla parità di accesso ai mezzi di informazione durante le campagne elettorali (art.4, comma 5 l.28/2000), non prevista nel Bilancio di Previsione per l'e.f. 2008, è necessario procedere alla conseguente variazione, iscrivendo lo stanziamento di euro 205.357,71 al capitolo di entrata 3040020 ed al corrispondente capitolo di spesa 1440 della U.P.B. 0.1.1 - Consiglio Regionale.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/01 U.P.B. 0.1.1

Ai sensi dell'art.42, comma 1, della L.R.

28/01e s.m.i. e dell'art. 10, comma 1, L.R. 41/2007, si propone di apportare le necessarie variazioni agli stanziamenti dei capitoli di entrata e di uscita del Bilancio di Previsione 2008-Risorse Vincolate, come di seguito specificato :

A. Parte I - Entrata Variazione in aumento

- Cap. 3040020 " Contributo dallo Stato per il rimborso alle emittenti locali sulla parità di accesso ai mezzi di informazione durante le campagne elettorali, referendarie e per la comunicazione politica - art. 4, comma 5 L. 28/2000"

Competenza	Euro 205.357,71
Cassa	Euro 205.357,71

B. Parte II - Spesa - Variazione in aumento

- Cap. 1440 " Rimborso alle emittenti locali sulla parità di accesso ai mezzi di informazione durante le campagne elettorali, referendarie e per la comunicazione politica - art. 4, comma 5 L. 28/2000"

Competenza	Euro 205.357,71
Cassa	Euro 205.357,71

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della G.R. ai sensi dell'art. 4, 4° comma, lettera K) 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 deliberativo.

LA GIUNTA

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

DELIBERA

- Per le motivazioni espresse in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate;

- Ai sensi dell'art.42, comma 1, della L.R. 28/01e s.m.i. e dell 'art. 10, comma 1, L.R. 41/2007. si propone di apportare le necessarie variazioni agli stanziamenti dei capitoli di entrata e di uscita del Bilancio di Previsione 2008- Risorse Vincolate, come di seguito specificato :

A. Parte I - Entrata - Variazione in aumento

- Cap. 3040020 " Contributo dallo Stato per il rimborso alle emittenti locali sulla parità di accesso ai mezzi di informazione durante le campagne elettorali, referendarie e per la comunicazione politica - art. 4 , comma 5 L. 28/2000"

Competenza	Euro 205.357,71
Cassa	Euro 205.357,71

B. Parte II - Spesa - Variazione in aumento

- Cap. 1440 " Rimborso alle emittenti locali sulla parità di accesso ai mezzi di informazione durante le campagne elettorali, referendarie e per la comunicazione politica - art. 4, comma 5 L. 28/2000"

Competenza	Euro 205.357,71
Cassa	Euro 205.357,71

- Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42, comma 7, L.R. n.28/2001.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 911

Approvazione di n. 15 atti dirigenziali di alienazione terreni della Riforma Fondiaria in favore di manuali ed abituali coltivatori della terra delle province di Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto.

L'Assessore alle Risorse Agroalimentari, sulla base dell'istruttoria espletata dalle competenti strutture del Settore Riforma Fondiaria - Ufficio Stralcio ex Ersap e confermata dallo stesso Dirigente, riferisce quanto segue:

"Le direttive che disciplinano lo svolgimento dei compiti in materia di riforma fondiaria, adottate con deliberazione n. 3985 del 28.10.1998, configurano quali atti di straordinaria amministrazione i provvedimenti di assegnazione e vendita di unità poderali di cui all'art. 10 della L. 386/76, in possesso di manuali ed abituali coltivatori della terra senza preventivo formale provvedimento degli organi istituzionali dell'ex Ersap o del Commissario liquidatore." Esse prevedono che a tali assegnazioni provvede il Dirigente della "Gestione Speciale" oggi Settore Riforma Fondiaria- Ufficio stralcio ex Ersap (L.R. n. 5/99), con atto da sottoporre ad approvazione della Giunta, tramite l'Assessorato competente, previa acquisizione del parere del Comitato Tecnico Consultivo di cui all'art. 2 della L.R. n. 18/97.

Precisa, inoltre, che con la L.R. n. 4 del 7-03-2003 sono state introdotte alcune modifiche alla L.R. n. 20/99, che fanno lievitare sensibilmente i prezzi delle vendite a prezzo vecchio ex art.3 della Legge citata. In attuazione delle direttive sopra menzionate:

PROVINCIA DI BRINDISI

- con atto dirigenziale n.204 del 16/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Cretì Antonio la q.ta n.2215 in agro di Torchiarolo estesa Ha. 1 05 20, al prezzo vecchio di euro 2.221,32 oltre a euro 1.615,40 per debiti poderali. In ordine alla suddetta deter-

minazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.177/C.T.C. del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore;

- con atto dirigenziale n.205 del 16/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Cretì Antonio la q.ta n. 2215/int. in agro di Torchiarolo estesa Ha. 0 35 20, al prezzo nuovo di euro 2.755,70 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.176/C.T.C. del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.206 del 16/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Caiulo Vincenzo il pod. n.2126 in agro di Brindisi esteso Ha. 1 30 26, al prezzo vecchio di euro 242,80 oltre a euro 77,80 per debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.175/C.T.C. del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore.

PROVINCIA DI FOGGIA

- con atto dirigenziale n.160 del 20/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Petruccelli Leonardo la q.ta n. 164/b in agro di San Severo estesa Ha. 1 44 00, al prezzo nuovo di euro 5.952,77 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.124/C.T.C. del 14/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.187 del 07/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Vinnolo Gerardo il pod. n. 652/b in agro di Ascoli Satriano esteso Ha. 2 06 60, al prezzo vecchio di euro 523,20 oltre a euro 1.565,04 per debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico

Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.155/C.T.C. del 02/04/2008, acquisita agli atti del Settore;

- con atto dirigenziale n.191 del 11/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Ciavolla Flaviano il pod.n. 670/parte in agro di Serracapriola esteso Ha. 4 77 80, al prezzo nuovo di euro 20.679,36 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.169/C.T.C. del 08/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.217 del 29/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Rigillo Angelo il pod. n. 268/b in agro di Ascoli Satriano esteso Ha. 1 53 54, al prezzo nuovo di euro 4.909,65 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.187/C.T.C. del 22/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.220 del 29/04/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Santoro Vincenzo i poderi, n. 597 e n. 597/b in agro di Serracapriola estesi complessivamente Ha 10 29 27, al prezzo nuovo di euro 22.260,99 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.194/C.T.C. del 24/04/2008, acquisita agli atti del Settore.

PROVINCIA DI LECCE

- con atto dirigenziale n.124 del 03/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Coluccia Santo la q.ta n. 305 in agro di Melendugno estesa Ha. 1 06 40, al prezzo vecchio di euro 412,18 oltre a euro 387,82 per debi-

ti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.87/C.T.C. del 28/02/2008, acquisita agli atti del Settore;

- con atto dirigenziale n.128 del 03/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Calabro Aldo il pod.n.7/int. in agro di Otranto e Melendugno esteso Ha. 12 88 85, al prezzo vecchio di euro 7.831,30 oltre a euro 1.649,80 per debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.81/C.T.C. del 26/02/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.148 del 12/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Albino Luigi il pod.n. 51 in agro di Otranto esteso Ha. 9 37 45, al prezzo vecchio di euro 1.341,32 oltre a euro 4.264,74 per debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.H3/C.T.C. del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore.

PROVINCIA DI TARANTO

- con atto dirigenziale n.150 del 12/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Resta Alessandro il pod.n.460/int. in agro di Mottola esteso Ha. 0 47 95, al prezzo nuovo di euro 1.139,27 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.110/C.T.C. del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n. 151 del 12/03/2008 è stato determinato di alienare in favore della Sig.ra Viola Natalia il pod.n. 116 in agro di Castellaneta esteso Ha. 7 59 25, al prezzo nuovo di euro 84.212,14 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha

espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.111/C.T.C. del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;

- con atto dirigenziale n. 152 del 12/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Stellacelo Salvatore la q.ta n. 228 in agro di Palagianò estesa Ha. 1 06 70, al prezzo vecchio di euro 5.825,11 oltre a euro 2.810,66 per debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n. 108/C.T.C. del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
- con atto dirigenziale n.153 del 12/03/2008 è stato determinato di alienare in favore del Sig. Contino Ciro il pod.n. 220/221/int. in agro di Mottola esteso Ha 01 24 14, al prezzo nuovo di euro 4.723,42 comprensivo dei debiti poderali. In ordine alla suddetta determinazione il Comitato Tecnico Consultivo ha espresso parere favorevole all'approvazione da parte della Giunta Regionale con nota n.H2/C.T.C. del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N.28/01 e S.M.I."

"Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale."

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi di quanto previsto dalle direttive che disciplinano lo svolgimento dei compiti in materia di riforma fondiaria, adottate con deliberazione n. 3985 del 28.10.98, trattandosi di provvedimento a contenuto dispositivo patrimoniale, attesa la specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4° lettera k della L.R. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta

dell'Assessore;

- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del responsabile della Struttura Compimento Attività di Riforma e del Dirigente del Settore Riforma Fondiaria- Ufficio Stralcio ex Ersap.
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di approvare l'atto dirigenziale n.204 del 16/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Cretì Antonio la q.ta n.2215 in agro di Torchiarolo estesa Ha. 1 05 20, al prezzo vecchio di euro 2.221,32 oltre a euro 1.615,40 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.177 del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.205 del 16/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Cretì Antonio la q.ta n. 2215/int. in agro di Torchiarolo estesa Ha. 0 35 20, al prezzo nuovo di euro 2.755,70 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.176 del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore
- di approvare l'atto dirigenziale n.206 del 16/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Caiulo Vincenzo il pod. n.2126 in agro di Brindisi esteso Ha. 1 30 26, al prezzo vecchio di euro 242,80 oltre a euro 77,80 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n. 175 del 16/04/2008, acquisita agli atti del Settore
- di approvare l'atto dirigenziale n.160 del 20/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Petruccelli Leonardo la q.ta n. 164/b in agro di San Severo estesa Ha. 1 44 00, al prezzo nuovo di euro 5.952,77 comprensivo dei debiti podera-

li, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.124 del 14/03/2008, acquisita agli atti del Settore;

- di approvare l'atto dirigenziale n.187 del 07/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Vinnolo Gerardo il pod. n. 652/b in agro di Ascoli Satriano esteso Ha. 2 06 60, al prezzo vecchio di euro 523,20 oltre a euro 1.565,04 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.155 del 02/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.191 del 11/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Ciavolla Flaviano il pod.n. 670/parte in agro di Serracapriola esteso Ha. 4 77 80, al prezzo nuovo di euro 20.679,36 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.169 del 08/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.217 del 29/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Rigido Angelo il pod. n. 268/b in agro di Ascoli Satriano esteso Ha. 1 53 54, al prezzo nuovo di euro 4.909,65 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n. 187 del 22/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.220 del 29/04/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Santoro Vincenzo i poderi, n. 597 e n. 597/b in agro di Serracapriola estesi .complessivamente Ha. 10 29 27, al prezzo nuovo di euro 22.260,99 comprensivo per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n. 194 del 24/04/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.124 del 03/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Coluccia Santo la

- q.ta n. 305 in agro di Melendugno estesa Ha. 1 06 40, al prezzo vecchio di euro 412,18 oltre a euro 387,82 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.87 del 28/02/2008, acquisita agli atti del Settore;
- di approvare l'atto dirigenziale n.128 del 03/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Calabro Aldo il pod.n.7/int. in agro di Otranto e Melendugno esteso Ha. 12 88 85, al prezzo vecchio di euro 7.831,30 oltre a euro 1.649,80 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.81 del 26/02/2008, acquisita agli atti del Settore;
 - di approvare l'atto dirigenziale n.148 del 12/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Albino Luigi il pod.n. 51 in agro di Otranto esteso Ha. 9 37 45, al prezzo vecchio di euro 1.341,32 oltre a euro 4.264,74 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n. 113 del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
 - di approvare l'atto dirigenziale n.150 del 12/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Resta Alessandro il pod.n.460 in agro di Mottola esteso Ha. 0 47 95, al prezzo nuovo di euro 1.139,27 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.1 10 del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
 - di approvare l'atto dirigenziale n.151 del 12/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore della Sig. ra Viola Natalia il pod.n. 116 in agro di Castellaneta esteso Ha. 7 59 25, al prezzo nuovo di euro 84.212,14 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n. 111 del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
 - di approvare l'atto dirigenziale n.152 del 12/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Stellacelo Salvatore la q.ta n. 228 in agro di Palagiano estesa Ha. 1 06 70, al prezzo vecchio di euro 5.825,11 oltre a euro 2.810,66 per debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.108 del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore;
 - di approvare l'atto dirigenziale n.153 del 12/03/2008 con cui è stato determinato di alienare in favore del Sig. Contino Ciro il pod.n. 220/221 in agro di Mottola esteso Ha. 01 24 14, al prezzo nuovo di euro 4.723,42 comprensivo dei debiti poderali, in conformità al parere espresso dal Comitato Tecnico Consultivo con nota n.1 12 del 07/03/2008, acquisita agli atti del Settore.
 - di pubblicare il presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 925

Accordo di Programma tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3. Provincia di Taranto, Regione Puglia, ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (CIC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto. Ratifica.

L'Assessore all'Ecologia, Michele Losappio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Settore Gestione Rifiuti e Bonifiche riferisce:

PREMESSA

- la gestione dei rifiuti riveste carattere di interesse pubblico.
- La normativa attualmente vigente, da quella

comunitaria a quella nazionale e regionale, fondano la programmazione sulla gestione dei rifiuti su una precisa scala gerarchica di interventi da porre in essere per corrispondere ad una corretta gestione del complesso ciclo dei rifiuti. Tali attività prevedono in primo luogo la riduzione della produzione dei rifiuti e l'aumento delle raccolte differenziate e del successivo avvio a recupero delle frazioni raccolte in maniera separata. Il piano regionale di gestione dei rifiuti, APPROVATO CON Decreto Commissariale n. 187 del 9 dicembre 2005, prevede, tra le altre, le seguenti priorità, riportate al capitolo 1, par. 3:

- il coinvolgimento del mondo imprenditoriale, anche mediante lo sviluppo di atti negoziali con le categorie interessate per la definizione di accordi quadro e modalità di validazione di processi di qualità (lettera g);
- l'aumento della raccolta differenziata finalizzata al recupero di materia (lettera j);
- la valorizzazione della sostanza organica recuperata (lettera k);
- la riduzione del conferimento in discarica (lettera l);
- la promozione di accordi e contratti di programma, l'introduzione di incentivi e disincentivi, per promuovere la nascita e il consolidamento sul territorio regionale di attività economiche, che favoriscano e assicurino il riutilizzo e il riciclaggio dei rifiuti urbani (lettera p);
- il raggiungimento al 2010 di una percentuale di raccolta differenziata pari almeno al 55% del rifiuto urbano prodotto (lettera r).

Ad oggi in Puglia, nonostante alcune esperienze significative, si registrano valori di raccolta differenziata piuttosto modesti e comunque ben lontani dai minimi legislativi. In particolare la raccolta e successiva valorizzazione della frazione organica dei rifiuti attraverso la produzione e l'impiego di compost è una attività del tutto marginale, nonostante tale frazione costituisca oltre il 50% del totale dei rifiuti urbani prodotti sul nostro territorio. Ciò è dovuto da un lato alla carenza di impianti di compostaggio e dall'altro, anche laddove tali impianti esistono, ad una

carenza strutturale dei servizi comunali.

Ciò premesso, e a seguito del Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia ed il Consorzio Italiano Compostatori (CIC) "Raccolta e trattamento della frazione organica da raccolta differenziata per la successiva valorizzazione quale ammendante", sottoscritto in data 11 settembre 2007 e approvato con DGR 1465 del 18/09/2007 si ritiene utile la definizione di un accordo di programma tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3, Provincia di Taranto, Regione Puglia, ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (CIC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto per l'implementazione del trattamento della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata, in impianti idonei al trattamento e successivo recupero per la produzione di compost di qualità ai sensi del D. Lgs 217/2006.

VISTO

- il D.lgs 152/2006 e ss. mm.;
- gli obiettivi di raccolta differenziata previsti dalla normativa vigente;
- i decreti commissariali n. 296 del 30 settembre 2002 e n. 187 del 9 dicembre 2005, concernenti l'approvazione del "Piano regionale per la gestione dei rifiuti in Puglia" (completamento, integrazione e modificazione del piano già adottato con decreto commissariale n. 41/2001);
- il Protocollo d'Intesa stipulato tra Regione Puglia e C.I.C. (Consorzio Italiano Compostatori) ratificato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1465 del 18/09/2007, e le risultanze del tavolo tecnico previsto dal protocollo;
- il decreto commissariale della Regione Puglia n. 56/04 che approva il programma regionale per la riduzione dei conferimenti in discarica dei rifiuti urbani biodegradabili (RUB), e che ne prevede una sensibile riduzione ai seguenti quantitativi:

- 173 Kg/abitanti/anno al 2007 (pari ad una riduzione del 40% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani);
 - 115 Kg/abitanti/anno al 2011 (pari ad una riduzione del 60% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani)
 - 81 Kg/abitanti/anno al 2018 (pari ad una riduzione del 70% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani);
- che il Quadro Strategico Nazionale ha individuato tra gli obiettivi premiali del nuovo ciclo della programmazione 2007-2014 la tutela ed il miglioramento della qualità dell'ambiente, in relazione al sistema di gestione dei rifiuti urbani, fissando i seguenti indicatori di risultato:
- Kg di rifiuti urbani smaltiti in discarica per abitante all'anno: 230 kg/procapite a fronte dei 453,1 kg del 2005;
 - Percentuale di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani raccolti: 40%, a fronte dell'8,2% del 2005;
 - Quota di frazione umida (frazione organica e verde) trattata in impianti di compostaggio sulla frazione di umido nel rifiuto urbano totale per la produzione di compost: 20% a fronte del 1,8% del 2005. - TATO TA/3 ha formalizzato la sua trasformazione in Ente dotato di personalità giuridica, così come disposto dal Decreto Commissariale n. 189/06, nonché dall'art. 201 del D.Lgs. 152/06 con verbale assemblea n. 27 del 23/12/2006;

CONSIDERATO

- l'esigenza indifferibile di potenziare la raccolta differenziata nel bacino di utenza ATO TA/3; che la regione Puglia, assessorato all'Ecologia ha già erogato ed impegnato più di 10 MEuro alla provincia di Taranto ed alle ATO TA/1 e TA/3 finalizzati, tra l'altro, alla implementazione delle raccolte differenziate dei rifiuti urbani.

Sulla base di quanto rappresentato si propone alla Giunta di ratificare l'accordo di programma tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3, Provincia di Taranto, Regione Puglia,

ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (OC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto che ha come finalità l'implementazione della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata, del loro conferimento in ditte specializzate al trattamento e del successivo recupero per la produzione di compost di qualità ai sensi del D. Lgs 217/2006.

- Vista la nota prot. n. 10/1515/G del 4.10.2005, con la quale il Segretario della Giunta regionale ha comunicato che nella seduta del 28.9.2005 la Giunta regionale ha ribadito la propria competenza in merito all'approvazione degli schemi di convenzione.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della l.r. n. 28/2001

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

L'approvazione del presente provvedimento compete alla Giunta regionale ai sensi delle leggi Costituzionali nn.1/99 e 3/2001, nonché dell'art. 44, comma 1 della legge regionale n. 7/2004

L'Assessore all'Ecologia, sulla base di quanto riferito, propone alla Giunta regionale l'adozione del presente provvedimento.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Ecologia, Michele Losappio;
- Vista la sottoscrizione in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Settore Gestione Rifiuti e Bonifiche;
- Ad unanimità dei voti espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di approvare e ratificare l'Accordo di Programma

tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3, Provincia di Taranto, Regione Puglia, ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (CIC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto, allegato alla presente per farne parte integrante;

- di dare mandato all'Assessore all'Ecologia, di provvedere, ad avvenuta sottoscrizione dell'accordo di programma di cui al punto precedente, alla nomina dei rappresentanti del tavolo

di monitoraggio di cui all'art. 8 dell'accordo;

- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

ACCORDO DI PROGRAMMA

Tra Consorzio per la gestione dei rifiuti bacino TA3, Provincia di Taranto, Regione Puglia, ARPA Puglia, Consorzio Italiano Compostatori (CIC), e gli impianti associati al CIC della Provincia di Taranto

Maggio 2008

VISTI i decreti commissariali n. 296 del 30 settembre 2002 e n. 187 del 9 dicembre 2005, concernenti l'approvazione del "Piano regionale per la gestione dei rifiuti in Puglia" (completamento, integrazione e modificazione del piano già adottato con decreto commissariale n. 41/2001);

VISTO il D.lgs 152/2006 così come modificato dal D.lgs 4/2008;

VISTA la legge finanziaria 2007 che all'art. 1 comma 1108 stabilisce le nuove percentuali di raccolta differenziata in:

- a) almeno il 40% entro il 31 dicembre 2007;
- b) almeno il 50% entro il 31 dicembre 2009;
- c) almeno il 60% entro il 31 dicembre 2011.

prevedendo altresì la possibilità di commissariare i comuni inadempienti;

VISTA l'esigenza indifferibile di potenziare la raccolta differenziata nel bacino di utenza ATO TA/3;

VISTO il Protocollo d'Intesa stipulato tra Regione Puglia e C.I.C. (Consorzio Italiano Compostatori) in data 11 settembre 2007 e ratificato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1465 del 18/09/2007, che prevede tra l'altro l'istituzione di un tavolo tecnico di concertazione tra la Regione Puglia, il C.I.C. le ATO regionali, l'ARPA, l'UPI e l'ANCI;

VISTI gli incontri del citato tavolo tecnico tenutasi presso gli uffici dell'Assessorato all'Ambiente della Provincia di Taranto in data 28 novembre, 21 dicembre 2007, e il 2 aprile 2008 dai quali è emersa la volontà di attivare le raccolte differenziate della frazione organica dei rifiuti urbani ed il conseguente avvio a recupero per la trasformazione in compost di qualità;

VISTO che l'ATO TA/3 ha formalizzato la sua trasformazione in Ente dotato di personalità giuridica, così come disposto dal Decreto Commissariale n. 189/06, nonché dall'art. 201 del D.Lgs. 152/06 con verbale assemblea n. 27 del 23/12/2006;

VISTO il decreto commissariale della Regione Puglia n. 56/04 che approva il programma regionale per la riduzione dei conferimenti in discarica dei rifiuti urbani biodegradabili (RUB), e che ne prevede una sensibile riduzione ai seguenti quantitativi:

- 173 Kg/abitanti/anno al 2007 (pari ad una riduzione del 40% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani);
- 115 Kg/abitanti/anno al 2011 (pari ad una riduzione del 60% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani)
- 81 Kg/abitanti/anno al 2018 (pari ad una riduzione del 70% sul totale dei RUB presenti nei rifiuti urbani).

VISTA la L.R. n. 25 del 3 agosto 2007 pubblicata sul BURP n. 112, supplemento straordinario del 3 agosto 2007, con la quale sono stati riformulati i criteri per il calcolo della quota di ecotassa, nonché la possibilità di conferire i sovvalli provenienti da impianti di selezione dei rifiuti da raccolta differenziata nelle discariche regionali autorizzate;

CONSIDERATO indispensabile assicurare il coordinamento su base provinciale delle iniziative da porre in essere per lo sviluppo delle raccolte differenziate, anche in relazione ai finanziamenti già erogati a beneficio delle Amministrazioni Provinciali da parte della Regione Puglia;

CONSIDERATO che l'interesse generale, sancito tra l'altro dal D.Lgs n° 4 del 16/01/2008 è quello di favorire in ogni caso l'avvio al riutilizzo di sempre maggiori quote di rifiuto, da sottrarre al conferimento in discarica;

CONSIDERATO che il Quadro Strategico Nazionale ha individuato tra gli obiettivi premiali del nuovo ciclo della programmazione 2007-2014 la tutela ed il miglioramento della qualità dell'ambiente, in relazione al sistema di gestione dei rifiuti urbani;

CONSIDERATO che il Quadro Strategico Nazionale ha fissato indicatori di risultato quali:

- Kg di rifiuti urbani smaltiti in discarica per abitante all'anno: 230 kg/procapite a fronte dei 453,1 kg del 2005;
- Percentuale di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani raccolti: 40%, a fronte dell'8,2% del 2005;
- Quota di frazione umida (frazione organica e verde) trattata in impianti di compostaggio sulla frazione di umido nel rifiuto urbano totale per la produzione di compost: 20% a fronte del 1,8% del 2005.

che risultano in linea con quanto previsto dal complesso della pianificazione della Regione Puglia sulla gestione dei rifiuti urbani:

CONSIDERATO che gli impianti aderenti al C.I.C.:

EDEN 94 s.r.l. con sede legale in Manduria (TA), autorizzata con determina del dirigente del servizio ecologia e ambiente della Provincia di Taranto n. 163 del 29/09/04 e modificata con le determina dirigenziali n. 08 del 17/01/05, n. 125 del 05/08/2005 e n. 07 del 25/01/08, esercita l'attività di recupero della frazione organica dei rifiuti tramite compostaggio nella Provincia di Taranto, nonché nell'ATO TA3;

PROGEVA Srl, con sede legale in Laterza (TA) autorizzata con determina del Dirigente del Settore Ecologia, Ambiente, Aree Protette, Vigilanza Ambientale della Prov. di Taranto n° 53 del 05/07/2007. A.U. ai Sensi dell'Art. 208 del D.Lgs 152/2006 per il recupero dei rifiuti organici non pericolosi destinati alla produzione di fertilizzante organici.

ASECO S.P.A. con sede legale in Marina di Vinosa (TA), autorizzata con determina del Dirigente del Settore Ecologia e Ambiente della Provincia di Taranto n.ro 35 in data 28.02.2005.

Clausola di mutuo soccorso

Pur rimanendo la Eden '94 Srl la principale destinataria delle raccolte differenziate dell'organico da attivare nell'ATO TA/3, intervengono pure la Progeva srl e l'Aseco srl offrendo la loro disponibilità a accogliere i conferimenti

alle stesse condizioni riportate in questo Accordo qualora la Eden'94 non fosse in grado, per motivi tecnici, di ricevere il materiale conferito. Quindi l'adesione all'Accordo di questi due impianti è strumentale a dare un'ulteriore garanzia all'ATO/3 della certezza di poter correttamente trattare l'organico da raccolta differenziata anche negli altri impianti provinciali.

CONSIDERATO che le citate ditte hanno già risposto positivamente alla richiesta di manifestazione di interesse a recuperare la frazione umida proveniente dalla raccolta differenziata del rifiuto urbano attivata nel corso del 2006;

CONSIDERATO che il Piano Regionale per la gestione dei rifiuti in Puglia indica tra le priorità:

- il riconoscimento degli ATO (Ambiti Territoriali Ottimali) come modulo organizzativo per la gestione coordinata delle funzioni di spettanza comunale in materia di RSU, e come soggetto gestore;
- la promozione di accordi e contratti di programma, l'introduzione di incentivi e disincentivi, per promuovere la nascita e il consolidamento sul territorio regionale di attività economiche, che favoriscano e assicurino il riutilizzo e il riciclaggio dei rifiuti urbani;
- la promozione di accordi volontari per il recupero e/o il riciclo dei materiali provenienti dalla raccolta differenziata, finalizzati alla realizzazione di politiche di integrazione e azioni di effettivo riutilizzo del materiale selezionato;
- la chiusura del ciclo della frazione organica raggiungendo obiettivi di qualità del prodotto tramite la sperimentazione di metodologie innovative e la definizione di protocolli per la sua certificazione, stipulando accordi per l'utilizzo del compost di qualità nei terreni pugliesi;

CONSIDERATO che la convenzione tra il CIC (Consorzio Italiano Compostatori) e la Regione Puglia ha evidenziato la Provincia di Taranto come area su cui incentivare e potenziare le raccolte differenziate il loro conferimento in impianti di trattamento e la trasformazione in compost in funzione della diffusa presenza sul territorio di ditte specializzate;

CONSIDERATO che in tale contesto le ditte ASECO, EDEN 94 e PROGEVA attraverso il C.I.C. hanno quantificato l'accettabilità della frazione organica proveniente da raccolta differenziata;

CONSIDERATO che tale potenzialità di trattamento può essere assunta quale elemento intrinseco della pianificazione territoriale in quanto coincidente col rilevante interesse pubblico alla ricerca di un'adeguata soluzione al problema del trattamento della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata prodotta nell'ambito provinciale;

TUTTO CIÒ PREMESSO SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 – FINALITA'

Il presente accordo di programma tra Regione Puglia, Provincia di Taranto, ATO TA/3, ARPA Puglia e gli impianti associati al C.I.C. ha come finalità l'implementazione della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata, del loro conferimento in ditte specializzate al trattamento e del successivo recupero per la produzione di compost di qualità ai sensi del D. Lgs 217/2006;

Le premesse costituiscono esplicitazione delle motivazioni del presente accordo e ne fanno parte integrante.

Art. 2 – DURATA E MODIFICHE

Il presente accordo ha durata di un anno a decorrere dalla data di avvio del servizio di raccolta della frazione organica in forma sperimentale da parte dell'ATO TA/3

L'accordo sarà modificato ed adattato qualora, nel periodo considerato, intervengano cambiamenti dei quantitativi della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata intercettabili dagli impianti autorizzati nel territorio della Provincia di Taranto.

ART. 3 – OGGETTO DEL SERVIZIO

Il presente accordo riguarda la frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata e il rifiuto ligneo celluloso prodotti nella ATO TA3 identificati dai seguenti codici C.E.R.:

- 1) 20.01.08 rifiuti di cucine e mense
- 2) 20.03.02 rifiuti mercatali
- 3) 20.02.01 rifiuti ligneo celluloso derivanti dalla manutenzione del verde ornamentale
- 4) 15.01.03 – 03.01.01 – 20.01.38 scarti di legno non impregnati.

Ai fini di garantire il corretto trattamento della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata, il rifiuto ligneo-celluloso non potrà mai essere inferiore al 40% in peso del rifiuto complessivo conferito alle ditte firmatarie.

ART. 4 FASI DELL'ACCORDO E MODALITA' DI PAGAMENTO

Il corrispettivo per il trattamento della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata sarà quantificato sulla scorta delle percentuali di impurezza presente nel rifiuto determinato attraverso analisi merceologiche periodiche.

Le analisi merceologiche saranno condotte secondo la metodica, della Regione Veneto (DGRV - Delibera Giunta Regionale Veneto n° 568/2005), che dovrà essere citata nella refertazione, per consentire ad ARPA di svolgere efficacemente l'attività di controllo. Il costo di tali analisi sarà a carico della Provincia di Taranto.

Al fine di garantire il corretto andamento del processo descritto (**raccolta differenziata-conferimento FORSU-compostaggio**), si individuano due fasi temporali di attuazione del presente accordo di programma:

- **Monitoraggio** (o fase A) da 0 a 3 mesi
- **Mantenimento** (o fase B) da 3 a 12 mesi

Durante tutta la fase di **monitoraggio (fase A)** le analisi merceologiche della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata saranno effettuate con cadenza settimanale da Ente /Enti scelto dalla Provincia di Taranto .

Durante la fase di **mantenimento (fase B)** le analisi merceologiche della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata saranno effettuate con cadenza bi-settimanale da Ente /Enti scelto dalla Provincia di Taranto

Per tutto il periodo dell'Accordo, il costo per il trattamento della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata sarà differenziato su tre fasce, in base ai risultati delle analisi merceologiche:

- da 0 al 3% di presenza di materiale non compostabile il costo del trattamento sarà di 55 euro/tonnellata,
- dal 3 al 7% di presenza di materiale non compostabile il costo del trattamento sarà di 58 euro/tonnellata,
- dal 7 al 10% di presenza di materiale non compostabile il costo del trattamento sarà di 60 euro/tonnellata.

Il costo per il trattamento dei rifiuti ligneo-cellulosici è fissato a 30,00 Euro/tonnellata con un livello di impurezza massimo fissato al 3%. (codici 20.02.01 (rifiuti ligneo cellulosici derivanti dalla manutenzione del verde ornamentale) e 15.01.03 - 03.01.01 - 20.01.38 (scarti di legno non impregnati)

Ai sensi della Legge Regionale 3 agosto 2007 n.25 pubblicata sul BURP del 3 agosto 2007 n. 112 straordinario, gli scarti esclusivamente provenienti dalla lavorazione e recupero della frazione organica da raccolta differenziata, possono essere conferiti dagli impianti di compostaggio, (a carico loro i costi del trasporto) alla tariffa praticata per i rifiuti urbani presso la discarica di bacino.

ART. 5 – IMPEGNI DELLE PARTI

L' ATO TA 3 si impegna ad attivare entro 90 giorni dalla stipula del presente Accordo la raccolta differenziata della frazione organica dei rifiuti urbani ed a conferirla, in via esclusiva, alla Eden '94. Qualora la Eden '94 non fosse in grado di accettare il materiale, l'ATO TA 3 ha la facoltà di conferire il materiale agli impianti Progeva e Aseco previa una loro comunicazione di accettazione per iscritto.

La Provincia di Taranto, nell'ambito delle proprie competenze, si impegna a coordinare sul proprio territorio, anche utilizzando le risorse economiche messe a disposizione dalla Regione Puglia, le attività di attuazione della raccolta differenziata della frazione organica dei rifiuti urbani e il successivo conferimento negli impianti di trattamento provinciali individuati dal presente accordo;

Ogni ditta firmataria del presente accordo si impegna ad implementare procedure di certificazione e rintracciabilità del prodotto finito, così come raccomandato dal D. Lgs. 217/2006, come ad esempio il protocollo del marchio di qualità del compost adottato dal CIC.

Le ditte firmatarie del presente accordo si impegnano a ritirare la frazione organica proveniente dalla raccolta differenziata dei rifiuti urbani e il rifiuto ligneo-cellulosico, per l'intera durata del presente accordo nel rispetto dei codici C.E.R. descritti all'art. 3 del presente accordo.

ART. 6 – IMPEGNI COMUNI

La Provincia di Taranto per quanto di rispettiva competenza, riconosce fin d'ora la valenza strategica della degli impianti firmatari del presente accordo nell'ambito della pianificazione territoriale, urbanistica e di settore dando atto che le predette ditte costituiranno il cardine del sistema di trattamento mediante compostaggio della frazione organica dei rifiuti urbani proveniente da raccolta differenziata prodotta nel territorio provinciale.

La Regione Puglia e la Provincia di Taranto si impegnano alla creazione di un tavolo tecnico per promuovere l'impiego del compost nei suoli pugliesi.

La Regione Puglia e la Provincia di Taranto si impegnano a promuovere l'applicazione del compost negli Acquisti Verdi Pubblici in base alla legge regionale di riferimento n. 23 del 1 agosto 2006.

Art 7, Controllo degli Impianti di Compostaggio

Pur rispettando la facoltà degli Enti di controllo preposti per Legge a effettuare i controlli ambientali, sanitari e fiscali presso gli impianti di compostaggio che hanno sottoscritto il presente Accordo, ai fini di monitorare la qualità del compost prodotto e il rispetto del presente Accordi di Programma, le parti convengono che l'Ente di controllo riconosciuto per tali compiti è Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Regione Puglia.

ART. 8– TAVOLO DI MONITORAGGIO

È costituito il tavolo di monitoraggio e controllo così definito:

- 2 rappresentanti per la Regione Puglia;
- 1 rappresentante per la Provincia di Taranto;
- 1 rappresentante per ARPA Puglia;
- 1 rappresentante per l'ATO TA3;
- 1 rappresentante per il CIC.

Il tavolo di monitoraggio verrà convocato a cadenza trimestrale e avrà il compito di:

- 1) monitorare le attività del presente accordo;
- 2) verificare i dati inerenti le percentuali di impurezza della FORSU in relazione alle modalità di raccolta per l'ottimizzazione delle RD.

ART. 9 – CLAUSOLE FINALI

Le parti firmatarie della presente Convenzione si riservano la possibilità di verificare e coordinare i loro interventi per migliorare lo stato di attuazione delle presenti disposizioni e di integrare o modificare le stesse in base alla necessità che saranno rilevate sul territorio, in relazione alla attuazione di nuovi progetti territoriali.

ART. 10– CONTROVERSIE

In caso di controversie tra le parti il foro competente è quello di Bari.

Bari, 8 maggio 2008

Per la Regione Puglia



Per EDEN 94 s.r.l.



Per Progeva srl



Per Aseco srl



Per la Provincia di Taranto



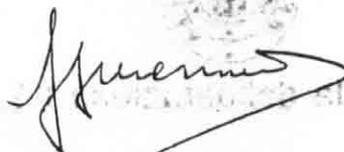
Per ARPA Puglia



Per il CIC



Per ASO TA/B



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 931

Autorizzazione al Dirigente del Settore Agricoltura ad impegnare e liquidare le spettanze a vari ricorrenti, a seguito di sentenze del Giudice. Avv. Cosima Lucia Valente.

L'Assessore regionale alle Risorse Agroalimentari, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio e confermata dal Dirigente del Settore Agricoltura, riferisce:

Con varie Sentenze del Giudice e/o Decreti Ingiuntivi, indicate nella colonna C dell'allegato, parte integrante del presente provvedimento, è stato disposto il pagamento di somme ai ricorrenti (colonna E dell'allegato) gravate di oneri per interessi e spese legali.

Si tratta di contenziosi intrapresi dai suddetti ricorrenti per vedersi riconosciuti contributi a titolo di indennità per avversità atmosferiche.

I contenziosi sono stati originati dalla circostanza che i beneficiari del contributo in parola non lo hanno riscosso per carenza di fondi regionali, per cui hanno adito le competenti autorità giudiziarie per rivendicarne il diritto al pagamento.

La spesa complessiva per quanto riguarda la sorte capitale ammonta a Euro 9.235,92.

Si tratta, quindi, di procedere con tempestività alla liquidazione delle spettanze agli aventi diritto per evitare ulteriori aggravii di spesa per interessi.

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n. 28/2001 e successive modificazioni e integrazioni.

Il pagamento della somma di Euro 9.235,92 relativa alla sorte capitale (colonna E dell'allegato, parte integrante del presente provvedimento), avverrà mediante prelevamento dal fondo di riserva per la definizione di partite pregresse cap. 1110090/08 e contestuale variazione in termini di

competenza e cassa al capitolo 114058/08.

Il Settore Ragioneria è incaricato di procedere alla variazione amministrativa mediante riduzione di Euro 9.235,92 dal capitolo 1110090/08 (fondo di riserva per la definizione di partite pregresse) e aumento di pari importo, in termini di competenza e cassa, al capitolo 114058/08 rientrante nell'UPB del Settore Agricoltura.

All'impegno e alla liquidazione della spesa si provvedere con successiva determina del Dirigente del Settore Agricoltura da assumersi entro il corrente esercizio finanziario.

L'Assessore alle Risorse Agroalimentari, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, in quanto rientra nella fattispecie previste dall'art. 4, comma 4, lettera k) della L.R. 7/97.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Risorse Agroalimentari;
- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Settore Agricoltura;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di approvare la relazione dell'Assessore alle Risorse Agroalimentari e di fare proprie le proposte riportate nelle premesse e che qui si intendono integralmente richiamate;
- di stabilire che il pagamento della somma di Euro 9.235,92 (colonna E dell'allegato, parte integrante del presente provvedimento), avverrà mediante prelevamento dal fondo di riserva per la definizione di partite pregresse cap. 1110090/08 e contestuale variazione in termini di competenza e cassa al capitolo 114058/08;

- di incaricare il Settore Ragioneria di procedere alla variazione amministrativa mediante riduzione di Euro 9.235,92 dal capitolo 1110090/08 (fondo di riserva per la definizione di partite pregresse) e aumento di pari importo, in termini di competenza e cassa, al capitolo 114058/08 rientrante nell'UPB del Settore Agricoltura;
- di fare obbligo al Dirigente Responsabile del Settore Agricoltura di adottare, entro il corrente esercizio finanziario, l'atto di impegno e di liquidazione della spesa autorizzata dal presente provvedimento, pari ad Euro 9.235,92 nonché degli adempimenti rivenienti dall'art. 23, comma 5, legge n. 289/02;
- di trasmettere il presente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi dell'art. 10 comma 2 della L.R. n. 41/2007;
- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7 della L.R. n. 28/01;
- di dichiarare il presente provvedimento esecutivo.

SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

On. Nichi Vendola

ALLEGATO ALLA DGR. Codice Cifra AGR/DEL/2008/00

CALAMITA' ATMOSFERICHE - Danni alle colture agricole derivanti da Aversità Atmosferiche negli anni 89/90.
AVV. Cosima Lucia VALENTE nata a Brindisi il 20/11/1969, residente in San Vito dei Normanni (BR) alla C.da Campi s.n.-
 Studio Legale in San Vito dei Normanni (BR) al Corso Leonardo Leo, 35 -
 c.f. LEIDNC72C67E155R - p.IVA 05535520729

	BENEFICIARI	DECRETO INGIUNTIVO e/o SENTENZA	PRECETTO	SORTE CAPITALE	INTERESSI LEGALI	SORTE CAPITALE + INTERESSI	SPESE LEGALI		RITENUTA D'ACCONTO	SPESE LEGALI da pagare
							al lordo della ritenuta d'acconto da impegnare			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	
1	Eredi del Sig. Alessandro Luigi: - IAlA Luigia nata il 28/12/1927 a Brindisi- Tuturano e ivi residente alla Via Colemi n. 7, c.f. IAl LGU 27T68 B180P; - Alessandro Giovanni nato il 1/03/81949 a Brindisi-Tuturano, c.f. LSS GNN 49C01 B180C; - Alessandro Raffaella nata il 3/12/1953 a Brindisi, c.f. LSS RFL 53T43 B180W	142/01 del 27/4/01	notificato il 5/2/2008	3.402,62	1.895,26	5.297,88	3.097,51	535,08	2.562,43	
2	DI PAOLA Cosimo nato il 20/6/1936 a Brindisi e ivi residente alla Piazza Salento n. 6 - c.f. DPL CSM 36H20 B180R	188/01 del 5/6/2001	notificato il 5/2/2008	2.127,86	1.185,21	3.313,07				
3	Eredi del Sig. Di Paola Domenico: - FACECCHIA Rita nata il 23/12/1939 a Brindisi e ivi residente alla Via Rodi n. 6 - c.f. FCC RTI 39T63 B180I ; - Di Paola Lorenzo nato il 18/2/1963 a Brindisi, c.f. DPL LNZ 63B18 B180A; - Di Paola Gabriella nata il 31/5/1966 a Brindisi, c.f. DPL GAL 66E71 B180U; - Di Paola Antonella nata il 21/2/1968 a Brindisi, c.f. DPL>NNL 68B61 B180L	188/01 del 5/6/2001	notificato il 5/2/2008	2.127,86	1.185,21	3.313,07	3.675,73	640,56	3.035,17	

A	B	C	D	E	F	G	H	I	L
BENEFICIARI	DECRETO INGIUNTIVO e/o SENTENZA	PRECETTO	SORTE CAPITALE	INTERESSI LEGALI	SORTE CAPITALE + INTERESSI	SORTE LEGALI al lordo della ritenuta d'acconto da impegnare	RITENUTA D'ACCONTO	SORTE LEGALI da pagare	
Eredi della Sig. ra Iuriaro Anna Maria: -CHIEDI Maria Rosaria nata il 29/1/1954 a Oria (BR) e ivi residente alla Via Mogadiscio n. 10, c..f. CHD MRS 54A69 G098H; - Ordini Simonetta nata a Mesagne (BR) il 16/12/1972 e residente in Oria al Vico Bastione 21, c.f. RSN SNT 72T56 F125P; - Ordini Antonio nato a Mesagne (BR) il 1/4/1976 e residente in Oria al Vico Bastione 21, c.f. RSN NTN 76D01 F152B;	sent. 323/03 del 22/8/2003 - D.I. 37/02	notificato il 22/1/2007	590,11	492,86	1.082,97	1.100,14	209,41	890,73	
MARRA Miranda nata a Galatina (LE) il 11/9/1963 e residente a Oria (BR) al Viale Regina Margherita n. 86 - c.f. MRR MND 63P51 D862H	sent. 332/03 del 20/8/2003 - D.I. 52/02	notificato il 22/1/2007	987,47	739,94	1.727,41	1.224,92	233,88	991,04	
TOTALI			9.235,92	5.498,48	14.734,40	9.098,30	1.618,93	7.479,37	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 973

POR Puglia 2000/2006 – Misura 4.18 Contratti di Programma – Proroga dei termini per l'ultimazione degli investimenti ammessi.

Il Vice Presidente Assessore allo Sviluppo Economico e Innovazione Tecnologica, dott. Sandro Frisullo, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile della Misura 4.18, sig.ra Fedora Palmisano, e confermata dal Dirigente del Settore Artigianato, PMI e Internazionalizzazione, riferisce quanto segue:

Con l'Accordo di Programma Quadro "Realizzazione di Interventi a Sostegno dello Sviluppo Locale" sottoscritto il 31 Luglio 2002 tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero dello Sviluppo Economico e la Regione Puglia, è stata prevista l'assegnazione allo strumento "Contratti di programma" di risorse comunitarie, statali e regionali come da quadro finanziario dell'Accordo.

Con apposite intese procedurali concordate tra le diverse Amministrazioni il 01 luglio 2003 ed il 13 settembre 2005 sono state successivamente specificate le modalità e le procedure per l'attuazione di tale Accordo.

Con l'Avviso per l'Avvio della Procedura di Attuazione dei Contratti di Programma, pubblicato sul B.U.R.P. n. 9 del 22 gennaio 2004, sono stati definiti i criteri, le modalità e le procedure di valutazione, selezione e finanziamento dei Contratti.

Con deliberazione di Giunta n. 1966 del 28 dicembre 2005 pubblicata sul B.U.R.P. n. 30 del 08 marzo 2006 è stato approvato lo schema tipo del documento contrattuale.

Con apposite deliberazioni di Giunta sono stati approvati, tra il 28 dicembre 2005 e il 15 dicembre 2006, i piani d'investimento industriale delle grandi imprese e dei consorzi d'impresе proponenti che hanno superato la fase istruttoria.

Dal 27 febbraio 2006 al 20 dicembre 2006 sono

stati sottoscritti n. 24 Contratti di Programma da 75 Soggetti Proponenti che si sono obbligati, ciascuno per la parte di rispettiva competenza, alla realizzazione dei Piani d'investimento industriale approvati entro la data di ultimazione del programma di investimento (31 dicembre 2007).

Allo stato attuale, dei predetti soggetti, n. 2 imprese beneficiarie hanno rinunciato alle agevolazioni, n. 5 imprese hanno concluso la realizzazione del piano d'investimento entro il 31 dicembre 2007, e le restanti n. 68 hanno richiesto la proroga del termine di ultimazione degli investimenti al 30 giugno 2008.

Con apposite comunicazioni del Dirigente del Settore, sono state autorizzate le proroghe al 30 giugno 2008 alle n. 68 imprese richiedenti.

Sulla base del monitoraggio al 31/03/2008, si evidenzia che, oltre alle 5 imprese che hanno realizzato al 31/12/2007 il 100% dell'investimento proposto, per le restanti 68 imprese le cui iniziative sono in corso di realizzazione, si registra il seguente stato di avanzamento:

- 25 imprese hanno dichiarato uno stato complessivo di avanzamento lavori superiore al 70% del programma d'investimenti proposto;
- 17 imprese hanno dichiarato uno stato complessivo di avanzamento lavori compreso tra il 50% e il 70% del programma d'investimenti proposto;
- 16 imprese hanno dichiarato uno stato complessivo di avanzamento lavori compreso tra il 20% e il 50% del programma d'investimenti proposto;
- 10 imprese hanno dichiarato uno stato complessivo di avanzamento lavori inferiore al 20% del programma d'investimenti proposto.

Per le iniziative in corso è stata richiesta da più soggetti una ulteriore proroga del termine per l'ultimazione degli investimenti.

La concessione di una proroga per il completamento degli investimenti non comporta alcun pregiudizio nei confronti dei terzi, in quanto non risultano esserci soggetti proponenti non ammessi per esaurimento della dotazione finanziaria. Pertanto, nel contemperamento dei diversi interessi coinvolti nell'esecuzione della misura, emerge quale interesse

prevalente dell'Amministrazione quello di consentire, nel rispetto delle norme, la realizzazione di investimenti produttivi ed il conseguente raggiungimento degli obiettivi di crescita insiti nell'attuazione della misura.

Tutto ciò premesso, si propone, pertanto, di dare mandato al Dirigente del Settore competente di autorizzare, previa valutazione delle motivazioni che determinano il ritardo nella realizzazione degli interventi agevolati, eventuali ulteriori proroghe del termine di ultimazione degli investimenti:

- alle aziende che hanno già presentato richiesta di erogazione della prima quota del contributo concesso a titolo di SAL di anticipazione e che richiedono la proroga entro il 30 giugno 2008;
- alle aziende che non hanno presentato richiesta di erogazione della prima quota, che richiedono la proroga entro il 30 giugno 2008 e che si impegnino a presentare, entro la data del 31 agosto 2008, la richiesta di erogazione della prima quota del contributo concesso, a titolo di SAL Ó di anticipazione. La mancata presentazione di erogazione della quota di contributo, determinerà l'immediata scadenza al 31 agosto 2008 del Contratto, che dovrà essere immediatamente rendicontato.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente atto, ai sensi dell'art. 4 - comma 4, lettere f) e k) - della legge regionale n. 7 del 4 febbraio 1997, è di competenza della Giunta Regionale.

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta

sopra riportata;

- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Responsabile di Misura 4.18 e dal Dirigente di Settore;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;
- di dare mandato ai Dirigente del Settore Artigianato, PMI e Internazionalizzazione di autorizzare, previa valutazione delle motivazioni che determinano il ritardo nella realizzazione degli interventi agevolati, eventuali ulteriori proroghe del termine di ultimazione degli investimenti:
 - alle aziende che hanno già presentato richiesta di erogazione della prima quota del contributo concesso a titolo di SAL Ó di anticipazione e che richiedono la proroga entro il 30 giugno 2008;
 - alle aziende che non hanno presentato richiesta di erogazione della prima quota, che richiedono la proroga entro il 30 giugno 2008 e che si impegnino a presentare, entro la data del 31 agosto 2008, la richiesta di erogazione della prima quota del contributo concesso, a titolo di SAL Ó di anticipazione. La mancata presentazione di erogazione della quota di contributo, determinerà l'immediata scadenza al 31 agosto 2008 del Contratto, che dovrà essere immediatamente rendicontato;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale e sul sito istituzionale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 974

Accordo di Programma Quadro "Realizzazione di Interventi a sostegno dello Sviluppo Locale". Riprogrammazione.

Il Vicepresidente, Assessore allo Sviluppo Economico e Innovazione Tecnologica, dott. Sandro Frisullo, di concerto con l'Assessore al Turismo ed all'Industria Alberghiera, dott. Massimo Ostillio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Settore Artigianato, P.M.I. e Internazionalizzazione, riferisce quanto segue.

1. L'Accordo di Programma Quadro "Realizzazione di interventi a sostegno dello Sviluppo Locale" è stato stipulato tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero delle Attività Produttive e la Regione Puglia il 31.07.2002. Gli interventi previsti nell'accordo miravano da un lato alla realizzazione delle infrastrutture programmate nell'ambito dei "Patti territoriali" e dall'altro a sostenere il finanziamento e la regionalizzazione dello strumento "contratto di programma".

Il rapporto di monitoraggio al 31.12.2007 evidenzia un'economia di euro 758.207,00 riveniente dall'attuazione degli interventi infrastrutturali previsti all'interno dei "Patti Territoriali", a valere sulla Delibera CIPE 84/2000.

2. Il 1° atto integrativo all'Accordo sopra citato, stipulato tra le amministrazioni sottoscrittrici dello stesso il 22.12.2003, ha previsto iniziative volte al miglioramento dell'offerta turistica e specificamente:

- a) il "contratto di programma strategico multiregionale" promosso da Sviluppo Italia Turismo S.p.A. da finanziare con le risorse della Delibera CIPE 138/2000;
- b) aiuti alle piccole e medie imprese del settore turistico per l'ampliamento dell'offerta ricettiva da finanziare con le risorse della Delibera CIPE 138/2000;
- c) aiuti alle piccole e medie imprese del settore

turistico per l'ammodernamento dell'offerta ricettiva da finanziare con le risorse assegnate alla misura 4.14 ("Supporto alla competitività e all'innovazione delle imprese e dei sistemi di imprese turistiche") del POR Puglia 2000 - 2006.

Il rapporto di monitoraggio al 31.12.2007 dell'atto integrativo evidenzia economie a valere sulla Delibera CIPE 138/2000 per complessivi euro 21.634.710,00 di cui euro 6.106.000,00 rivenienti dall'attuazione delle iniziative sub a) ed euro 15.528.710,00 registrati nella gestione del regime d'aiuto sub b).

3. Per quanto concerne la riprogrammazione dell'economia si propone di destinare le stesse ai seguenti ambiti di intervento:

- a) completamento dei lavori di ammodernamento delle strutture fieristiche, di attrezzamento di aree mercatali, studio di fattibilità in materia turistica (area Taranto) e di ampliamento delle strutture della protezione civile;
- b) sistema regionale della portualità turistica.

Gli interventi ricadenti nell'ambito sub a) sono riportati nell'allegato 1 parte integrante del presente provvedimento e comportano una spesa di euro 1.808.207,00, cui si fa fronte per euro 758.207,00 rivenienti dalla Delibera CIPE 84/2000 e per euro 1.050.000,00 dalla Delibera CIPE 138/2000.

Al sistema della portualità turistica si propone di destinare le restanti economie provenienti dall'attuazione delle iniziative programmate sulla Delibera 138/2000 e finalizzate al miglioramento dell'offerta turistica.

Questo ambito di intervento è specificatamente previsto dall'asse IV ("Valorizzazione delle risorse naturali e culturali per l'attrattività e lo sviluppo") del P.O. FESR 2007 - 2013, approvato con decisione della Commissione Europea C(2007) 5726 del 20.11.2007, e specificatamente dalla linea d'intervento 4.1 ("Infrastrutture, promozione e valorizzazione dell'Economia turistica").

All'interno di detta linea di intervento un ruolo importante sul versante del miglioramento, della qualificazione dell'offerta regionale e territoriale è affidata alla tipologia d'azione finalizzata al "completamento delle infrastrutture a sostegno dell'economia turistica, in particolare: porti turistici; abbattimento di barriere architettoniche nei siti di maggiore rilevanza turistica".

Inoltre, è realistico attendersi, rispetto ad evidenze del passato, che una forte concentrazione di risorse sulla portualità turistica sia in grado di corrispondere meglio agli obiettivi fissati in termini di efficacia programmatica e attuativa.

Tanto è conseguente da un lato ad una migliore definizione delle attribuzioni delle competenze tra Stato e Regioni in materia di competenze amministrative relative alla gestione del demanio marittimo (cfr. sentenza della Corte costituzionale nn. 89 e 90/2006, nn. 255/2007 e 344/2007) e dall'altro alla disponibilità di un quadro conoscitivo della portualità turistica esistente accurato sulla pianificazione e progettualità disponibile, realizzato nell'ambito dello studio di fattibilità finanziato nell'ambito del II atto integrativo dell'A.P.Q. "Realizzazione di interventi a sostegno dello sviluppo locale" (sottoscritto il 09.11.2005) ed eseguito dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A.).

All'interno di questo quadro conoscitivo sono riportate le schede sintetiche di 26 porti/approdi con la descrizione generale, la localizzazione, le caratteristiche dell'offerta e delle potenzialità di sviluppo, lo stato della pianificazione, della progettualità esistente, dei finanziamenti e delle opere che possono ritenersi cantierabili entro il 2012.

L'attività ricognitiva è stata condotta coinvolgendo le amministrazioni municipali nelle quali ricadono detti porti/approdi e acquisendo ulteriori informazioni anche da altri Enti coinvolti nella fase di pianificazione della portualità turistica, quali le Autorità Portuali, l'Ufficio del Genio Civile Opere Marittime del Ministero delle Infrastrutture e delle Capitanerie di Porto.

Per quanto concerne gli aspetti tecnici, l'attenzione è stata focalizzata sullo stato di conservazione delle opere foranee, delle opere interne e delle opere a terra, sull'esistenza di problemi di insabbiamento, sulle eventuali esigenze e sistemazioni necessarie e sugli interventi di manutenzione effettuati negli ultimi anni. In particolare l'analisi dei progetti disponibili, classificati nelle loro tre fasi (preliminare, definitivo, esecutivo), ha riguardato distintamente gli interventi di manutenzioni, le opere foranee, le opere a terra e gli interventi per dragaggi.

L'aggregato dei porti turistici e delle opere da considerare ai fini dell'utilizzazione delle economie sopra evidenziate sono quelli per i quali risulta disponibile una progettazione almeno a livello preliminare, condizione di norma necessaria per l'ammissione a finanziamento nell'ambito del FAS, e sono stati richiesti finanziamenti regionali per la loro realizzazione.

L'elenco dei progetti che costituiscono l'aggregato da cui enucleare opere da ammettere a finanziamento è riportato nell'allegato 2, parte integrante del presente provvedimento.

4. Nel paragrafo precedente si è evidenziato che gli interventi sul sistema della potenzialità turistica, al fine di migliorare l'offerta sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo, sono pienamente coerenti con la strategia del P.O. FESR 2007 - 2013. L'attivazione della presente iniziativa, pertanto, non può che accelerare in modo significativo il conseguimento dell'obiettivo specifico dell'Asse IV ("migliorare l'attrattività del territorio regionale a fini turistici") e specificatamente dell'obiettivo operativo: "promuovere l'economia turistica attraverso la qualificazione, la diversificazione e la promozione dell'offerta turistica integrata dei sistemi territoriali, il completamento e la qualificazione delle infrastrutture ed azioni di marketing territoriale".

Per massimizzare l'efficacia programmatica e attuativa rispetto ai suddetti obiettivi nella selezione degli interventi da ammettere a finanziamento si farà riferimento ai criteri di selezione

previsti per l'asse IV e specificatamente per la linea d'intervento 4.1 "infrastrutture, promozione e valorizzazione dell'economia turistica", in quanto pertinenti e applicabili alla tipologia di azioni di che trattasi. Detti criteri sono di seguito riportati:

- capacità del progetto di creare/potenziare aggregazioni di filiera per il rafforzamento dei prodotti turistici;
- capacità di migliorare gli standard di qualità e di efficienza dei servizi turistici di accoglienza e informazione al turista;
- grado di integrazione con altri interventi riguardanti il sostegno allo sviluppo turistico e la valorizzazione del patrimonio culturale e naturale;
- grado di partecipazione finanziaria;
- grado di cantierabilità dell'intervento;
- modalità di gestione e sostenibilità finanziaria e organizzativa degli interventi nella fase a regime.

All'individuazione delle opere da ammettere a finanziamento, che potranno costituire anche stralci funzionali dei progetti indicati nell'allegato 2, si procederà attraverso procedure negoziali.

Infine, attesa la piena coerenza della presente iniziativa in termini di priorità programmatiche, di obiettivi e di procedure attuative con il P.O. FESR 2007 - 2013, alla stessa potranno essere destinate ulteriori risorse provenienti dal Programma Operativo.

5. La Delibera CIPE n. 14 del 22.03.2006 ("Programmazione delle risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate mediante le intese istituzionali di programma e gli accordi di programma quadro") ha stabilito che sulla materia della riprogrammazione di risorse e di economie decise il "tavolo dei sottoscrittori", composto dai firmatari dell'accordo, che esamina le proposte pro-

venienti dal responsabile dell'APQ e dei sottoscrittori.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 1356 del 3 agosto 2008 è stato nominato responsabile dell'APQ "Realizzazione di interventi a sostegno dello Sviluppo Locale" il dirigente del settore Artigianato, PMI e Internazionalizzazione, dell'Assessorato allo Sviluppo Economico e all'Innovazione Tecnologica.

Gli interventi del Io atto integrativo del citato APQ oggetto di rimodulazione finanziaria, che hanno generato le economie da destinare al miglioramento ed al potenziamento del sistema della portualità turistica, sono state affidate alla responsabilità gestionale-contabile dell'Assessorato al Turismo e Industria Alberghiera. Il medesimo Assessorato è altresì individuato dal P.O. FESR 2007 - 2013 quale struttura responsabile dell'attuazione della linea d'intervento 4.1 ("Infrastrutture, promozione e valorizzazione dell'economia turistica").

Ne consegue che le procedure per l'individuazione delle opere da ammettere a finanziamento con le economie accertate saranno attuate dal responsabile dell'APQ, d'intesa con la struttura dell'Assessorato al Turismo e all'Industria Alberghiera, che successivamente procederà alla gestione tecnico-amministrativa e contabile degli interventi ammessi.

Il formale provvedimento di concessione del finanziamento sarà adottato solo ad avvenuta:

Approvazione dell'analisi costi - benefici da parte del Nucleo Regionale di Valutazione degli Investimenti Pubblici (che dovrà rispondere ai requisiti minimi richiesti per gli studi di fattibilità di cui alla Delibera CIPE n. 106/99 del 30.06.1999) riferita all'insieme delle opere indicate per ciascun porto/approdo nell'allegato 2) al presente provvedimento, ancorché si proceda al finanziamento di un lotto funzionale, qualora l'importo complessivo delle stesse superi la somma di euro 5.164.569,00;

Verifica a cura del Nucleo Regionale di Valutazione degli Investimenti Pubblici della spesa ammissibile (valore attuale dell'investimento diminuito del valore attuale dei proventi netti), trattandosi di progetti generatori di entrate, in applicazione dell'art. 55 del Regolamento (CE) n. 1083 dell'11.07.2006 recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione;

Valutazione sotto il profilo della sostenibilità ambientale e paesaggistica;

Conformità del progetto alla normativa in materia di valutazione d'impatto ambientale e di valutazione d'incidenza, ove ne sia prevista l'applicazione.

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

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 - comma 4 - lettere a), d), e) ed f) della L.R. n. 7 del 4 febbraio 1997.

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

LA GIUNTA REGIONALE

- udita la relazione e la conseguente proposta del Vicepresidente Assessore alla Sviluppo Economico e Innovazione Tecnologica, resa in concerto con l'Assessore al Turismo ed alla Industria Alberghiera;
- vista la dichiarazione posta in calce al presente

provvedimento da parte del Dirigente del Settore Artigianato, P.M.I. e Internazionalizzazione che attesta la conformità alla legislazione vigente;

- a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di prendere atto delle premesse che formano parte integrante del presente provvedimento;
- di proporre al tavolo dei sottoscrittori dell'Accordo di Programma Quadro "Realizzazione di interventi a sostegno dello sviluppo locale", per il tramite del Responsabile dell'Accordo, di utilizzare le economie registrate al 31.12.2007 nella fase attuativa del medesimo e del successivo 1° atto integrativo, indicate nel primo e secondo paragrafo della narrativa del presente atto per il finanziamento:
 - a) degli interventi riportati nell'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
 - b) dell'iniziativa descritta nel paragrafo 3 della narrativa e riferita all'aggregato dei porti turistici e delle opere riportati nell'allegato 2 parte integrante del presente provvedimento;
- che l'iniziativa di cui alla lettera b) sia attuata secondo le procedure descritte nei paragrafi 4 e 5 della narrativa del presente atto;
- di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino ufficiale della Regione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

Allegato 1: Elenco degli interventi di completamento di cui alla lettera a) del punto 3.

Soggetto attuatore	Localizzazione	Intervento	Importo
SEAP	Bari	Completamento della ristrutturazione ed adeguamento funzionale della aerostazione Bari Palese da destinare a Sede Operativa Protezione Civile	€ 600.000,00
Fiera di Galatina	Galatina	Progetto di restyling e messa in sicurezza strutturale del quartiere fieristico di Galatina	€ 500.000,00
Fiera di Francavilla Fontana	Francavilla Fontana	Ristrutturazione padiglioni fieristici e completamento messa in sicurezza	€ 158.207,00
Assessorato Turismo ed all'Industria Alberghiera	Regione Puglia	Studio di fattibilità in materia di promozione turistica dell'area di Taranto	€ 200.000,00
Comune di Gallipoli	Gallipoli	Ristrutturazione del Centro Ittico	€ 350.000,00

Allegato 2: Elenco delle opere riguardanti la portualità turistica, ammissibile a finanziamento con le economie rivenienti dalla gestione dell'APQ "Realizzazione di interventi a sostegno dello Sviluppo Locale" - 1° atto integrativo

Comune	Denominazione porto - approdo	Tipologia d'opera	Livello di progettazione	Importo Euro X 1000
1. Vieste	Vieste	opere a terra	definitivo	8.667
2. Ostuni	Villanova di Ostuni	opere foranee	preliminare	1.085
		opere a terra	preliminare	2.900
		ormeggi	preliminare	1.173
3. Brindisi	Marina di Brindisi Bocca di Puglia	opere a terra	definitivo	2.500
4. Lecce*	S. Cataldo	progetto unitario	preliminare	22.500
5. Melendugno	San Foca	opere foranee	preliminare	12.600
		opere a terra	preliminare	1.900
		ormeggi	preliminare	2.000
6. Santa Cesarea Terme	Porto Miggiano	opere foranee	preliminare	5.649
		opere a terra	preliminare	1.463
		ormeggi	preliminare	2.000
7. Castro	Castro	ormeggi	esecutivo	200

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 981

Circolare n. 1/2008 – Norme esplicative sulla procedura di Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.) dopo l'entrata in vigore del Decreto legislativo 16 gennaio 2008, n. 4 correttivo della Parte Seconda del Decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

L'Assessore Regionale all'Ecologia prof. Michele LOSAPPIO, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Settore Ecologia, nonché dirigente ad interim dell'Ufficio V.A.S., riferisce quanto segue.

Con la pubblicazione sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 24 del 29 gennaio 2008 -Serie generale, il 13 febbraio u.s. è entrato in vigore il Decreto legislativo 16 gennaio 2008, n. 4, recante "Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto 3 aprile 2006, n. 152, recante Norme in materia ambientale".

Il provvedimento introduce rilevanti e numerose innovazioni rispetto al testo della Parte Seconda del Decreto n. 152/06.

In particolare il legislatore nazionale è intervenuto sulla procedura di valutazione ambientale strategica (V.A.S.) precisando contenuti, indicando tempi, precisando ruoli e disegnando un percorso procedurale cui le regioni sono chiamate ad adeguare il proprio ordinamento entro dodici mesi dall'entrata in vigore del decreto. Nelle more di questo recepimento, nelle regioni sprovviste di specifiche norme in materia vigenti, il decreto si applica direttamente (art. 35 comma 1).

Di notevole impatto è la previsione di annullabilità per violazione di legge espressamente prevista dal decreto per quei piani e programmi che, rientrando nell'ambito di applicazione della normativa, non abbiano effettuato le previste procedure di V.A.S.

La circolare, pertanto, mira a fornire alcuni essenziali chiarimenti sia in merito ai contenuti

sia per quanto attiene le previsioni di legge ad oggi vigenti in materia.

La circolare, inoltre, interviene circa la individuazione dell'autorità competente, che il decreto indica solo in via generale al comma 6 dell'art. 7, sempre nelle more che questo aspetto sia disciplinato con atto normativo successivo, prevedendo eventualmente un meccanismo di delega di competenza a province e comuni in funzione del tipo e dell'area di pertinenza del piano o programma.

Oltre alle specifiche competenze in materia di monitoraggio che il decreto attribuisce all'ARPA si ritiene opportuno individuare nella stessa ARPA il soggetto che opera il supporto tecnico all'autorità; competente nella fase di valutazione in coerenza con le funzioni individuate in carico ai Servizi previsti dal Regolamento dell'Agenzia.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della Lr. n. 28/2001:

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale.

L'Assessore all'Ecologia, sulla base di quanto riferito, propone alla Giunta l'adozione conseguente atto finale, che rientra nella specifica competenza della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 4 della l.r. 7/97, comma 4 lettera c.

LA GIUNTA

- UDITA la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Ecologia;
- VISTE la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Settore Ecologia, nonché dirigente ad interim dell'Ufficio V.A.S.
- A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- Di APPROVARE la relazione dell'Assessore

all'Ecologia;

- Di APPROVARE la Circolare n. 1/2008 avente ad oggetto "Note esplicative sulla procedura di Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.) dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 16 gennaio 2008, n. 4, correttivo della Parte Seconda del Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152", allegata al presente provvedimento per costituirne parte integrante.

- Di PROVVEDERE alla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U. della Regione Puglia e sul portale ambientale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

REGIONE PUGLIA

Assessorato all'Ecologia

CIRCOLARE N. 1/2008

Oggetto: Note esplicative sulla procedura di Valutazione Ambientale Strategica (V.A.S.) dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 16 gennaio 2008, n. 4, correttivo della Parte Seconda del Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

1. INTRODUZIONE

Questa Circolare mira a fornire alcuni essenziali chiarimenti in merito alla procedura di Valutazione Ambientale Strategica (d'ora in poi VAS) dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. 16 gennaio 2008, n. 4.

La VAS di piani e programmi è stata introdotta a livello comunitario dalla Direttiva 42/2001/CE. Lo Stato Italiano ha provveduto al recepimento della direttiva con il Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 (cd Testo Unico dell'Ambiente), nell'ambito di un più generale processo di riordino della normativa ambientale.

Il D.Lgs. 16 gennaio 2008, n. 4, prima citato, è intervenuto a modificare il Testo Unico dell'Ambiente sostituendo un cospicuo numero di articoli.

Con questo provvedimento il legislatore ha indicato in dodici mesi il termine entro cui le regioni adeguano il proprio ordinamento alle nuove disposizioni del Decreto¹, prevedendone la diretta applicazione nelle more di tale adeguamento (art. 35).

2. CONSIDERAZIONI GENERALI

2.a Natura e finalità della VAS

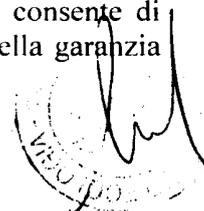
La VAS è un processo volto ad assicurare che, nella formazione e approvazione di un piano o programma, siano presi in considerazione, in modo adeguato, gli impatti significativi sull'ambiente che è prevedibile deriveranno dall'attuazione dello stesso. Non si configura, dunque, in senso stretto come un procedimento autorizzativo del piano o programma né come una valutazione sui contenuti dello stesso, bensì come un articolato processo nel quale l'attività di valutazione si affianca all'attività di formazione e approvazione del piano o programma e dove l'autorità preposta alla valutazione ambientale strategica e gli altri soggetti, che svolgono specifiche competenze in campo ambientale, assicurano la propria collaborazione per elevare la qualità ambientale degli strumenti valutati.

2.b Contenuto della VAS

Coerentemente alla natura di strumento di arricchimento dei contenuti e considerazioni ambientali del piano o programma, la VAS si configura come un processo che concorre alla definizione delle scelte dello stesso. Essa è volta ad individuare preventivamente gli effetti che deriveranno dall'attuazione delle scelte di piano o programma e consente, di conseguenza, di selezionare tra le possibili soluzioni alternative quelle maggiormente rispondenti ai predetti obiettivi generali del piano. Nel contempo, la VAS individua le misure di pianificazione volte ad impedire, mitigare o compensare l'incremento delle eventuali criticità ambientali già presenti e i potenziali impatti negativi delle scelte operate. La procedura è dunque orientata a fornire elementi conoscitivi e valutativi per la formulazione delle decisioni definitive del piano o programma e consente di documentare le ragioni poste a fondamento delle scelte strategiche, sotto il profilo della garanzia della coerenza delle stesse con le caratteristiche e lo stato dell'ambiente.

2.c Monitoraggio degli effetti del piano

¹ per comodità di esposizione nel seguito si indicherà con **Decreto** il Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152, così come modificato dal Decreto Legislativo 16 gennaio 2008, n. 4



La valutazione degli effetti ambientali del piano o programma è volta a garantire un elevato livello di protezione dell'ambiente e a migliorare la coerenza del piano o programma con gli obiettivi di sostenibilità ambientale individuati ai vari livelli di pianificazione. Essenziale alla disciplina di VAS è pertanto che, alla valutazione ex ante dei possibili impatti, segua, nella fase di attuazione del piano o programma, un controllo degli effettivi impatti sull'ambiente e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità prefissati dalla normativa ovvero perseguiti dal piano o programma stesso.

In questa prospettiva, la VAS deve risultare orientata ad individuare i principali tematismi e le criticità che dovranno essere oggetto del monitoraggio e individuare i principali indicatori sintetici che consentano di verificare gli effetti sull'ambiente derivanti dall'attuazione del piano o programma.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

L'art. 6 del Decreto, ai commi da 2, 3 e 4, specifica i piani e programmi soggetti a VAS, individuando:

- a) al comma 2, i piani e programmi che sono comunque soggetti a VAS;
- b) ai commi 3 e 3-bis, quelli sottoposti a *verifica di assoggettabilità a VAS*, per i quali cioè occorre valutare preventivamente se possono comportare detti effetti significativi sull'ambiente;
- c) al comma 4, i piani o programmi che sono comunque esclusi dalla VAS.

In linea con l'esigenza di evitare appesantimenti procedurali e con quanto previsto ai commi 3 e 4 dell'art. 10 del Decreto la valutazione di incidenza è compresa nella VAS e la verifica di assoggettabilità a VIA di progetti previsti da piani sottoposti a VAS può essere condotta nell'ambito della medesima procedura di VAS nel rispetto di quanto espressamente previsto dal Decreto. Nell'ambito della procedura VAS l'autorità competente per la Valutazione di Incidenza (VI) si esprimerà in merito.

4. INDIVIDUAZIONE DELL'AUTORITÀ PREPOSTA ALLA VAS

Nelle more che si provveda all'adeguamento della normativa regionale al dettato nazionale e in considerazione dell'attuale struttura organizzativa regionale si individua nell'Ufficio Valutazione Ambientale Strategico (VAS), incardinato nel Settore Ecologia dell'Assessorato all'Ecologia, l'autorità competente in materia di VAS. Il Settore Ecologia si avvale dell'ARPA Puglia quale supporto tecnico nella fase di valutazione. L'autorità competente per la VI, sebbene espressa all'interno della VAS è l'Ufficio Parchi e RRNN secondo quanto stabilito dalla LR 17/07 e smi.

5. VERIFICA DI ASSOGGETTABILITÀ

La verifica di assoggettabilità, consiste in una "*verifica se il piano o il programma possa avere effetti significativi sull'ambiente*". Essa deve essere svolta dall'autorità competente, sulla base degli elementi di cui all'Allegato I del Decreto e tenuto conto delle osservazioni pervenute.

La verifica di assoggettabilità si applica ai piani e programmi di cui ai commi 3 e 3-bis dell'art. 6.

Le modalità di svolgimento della verifica di assoggettabilità sono dettagliate dall'art. 12 del Decreto.

La procedura si conclude con un provvedimento di verifica, obbligatorio e vincolante, come specifica l'art. 5, comma 1, lettera n), che può assoggettare o escludere il piano o programma dalla procedura di VAS, eventualmente indicando le necessarie prescrizioni.

6. PROCEDURA DI VAS – MODALITÀ DI SVOLGIMENTO

Gli artt. dal 13 al 18 del Decreto disciplinano la procedura di VAS che risulta articolata nelle seguenti fasi:

- a) una fase di scoping;

- b) l'elaborazione del rapporto ambientale;
- c) lo svolgimento di consultazioni;
- d) la valutazione del piano o del programma, del rapporto e degli esiti delle consultazioni;
- e) l'espressione di un parere motivato;
- f) l'informazione sulla decisione;
- g) il monitoraggio.

6.a Fase di scoping

In questa fase, sulla base di un rapporto preliminare sui possibili impatti ambientali significativi dell'attuazione del piano o programma, il proponente e/o l'autorità procedente entrano in consultazione, sin dai momenti preliminari dell'attività di elaborazione di piani e programmi, con l'autorità competente e gli altri soggetti competenti in materia ambientale, al fine di definire la portata ed il livello di dettaglio delle informazioni da includere nel rapporto ambientale (scoping).

La consultazione, salvo quanto diversamente concordato, si conclude entro novanta giorni.

6.b Redazione del rapporto ambientale

Il rapporto ambientale è un "documento del piano" (5, comma 1, lettera f); esso "*costituisce parte integrante del piano o del programma e ne accompagna l'intero processo di elaborazione ed approvazione*" (art. 13, comma 3). Il rapporto segue dunque l'attività di formazione e approvazione del piano e programma con il medesimo livello di approfondimento.

Il rapporto ambientale deve essere elaborato sin dai momenti preliminari dell'attività di elaborazione di piani e programmi.

Il comma 4 dell'art. 13 stabilisce che nel rapporto ambientale "*debbono essere individuati, descritti e valutati gli impatti significativi che l'attuazione del piano o del programma proposto potrebbe avere sull'ambiente e sul patrimonio culturale, nonché le ragionevoli alternative che possono adottarsi in considerazione degli obiettivi e dell'ambito territoriale del piano o del programma stesso*". Se previsto, dovrà essere riconoscibile una parte contenente lo studio VI secondo quanto indicato dal DPR 357/97 e dalla DGR 304/2006.

Nell'apposito Allegato VI del Decreto sono riportate le informazioni da fornire nel rapporto ambientale a tale scopo, "*nei limiti in cui possono essere ragionevolmente richieste, tenuto conto del livello delle conoscenze e dei metodi di valutazione correnti, dei contenuti e del livello di dettaglio del piano o del programma*".

Al rapporto ambientale deve essere allegata una **sintesi non tecnica** del rapporto stesso. La sintesi non tecnica è un elaborato che descrive le caratteristiche del piano o programma e dei dati ed informazioni contenuti nel rapporto ambientale, redatto utilizzando un linguaggio che consenta un'agevole comprensione da parte del pubblico e in generale dei "non addetti ai lavori".

6.c Consultazione

Sul piano o programma e sul rapporto ambientale deve essere svolta un'ampia attività di consultazione, così come disciplinata dagli artt. 13 e 14 del Decreto.

La modalità di **consultazione dei soggetti competenti in materia ambientale** consiste nella "*messa a disposizione*" del piano o programma e del rapporto ambientale, affinché "*questi abbiano l'opportunità di esprimersi*" (art. 13, comma 5).

In secondo luogo, si prevede la **consultazione del pubblico**, nella forma della **possibile presentazione di osservazioni** sulla proposta di piano o programma e sul rapporto ambientale (art. 14).

Tutti gli elaborati relativi ai piani e programmi oggetto di valutazione devono essere resi disponibili su supporto digitale, anche in previsione di una loro pubblicazione sul web.

Nelle more della definizione di standard regionali in relazione ai formati dei file sarà sufficiente rendere disponibili i file in formati compatibili con i formati più diffusi:

- gli elaborati testuali e tabellari in formato Microsoft Office® (Word® ed Excel®) o con esso compatibili;
- gli elaborati grafici vettoriali in formato Autocad® (.dxf, .dwg,) o con esso compatibili;
- gli elaborati grafici raster in formato .tiff .jpg o con esso compatibili;
- gli strati informativi (grafici e banche dati) in ambiente GIS in formato .shp o con esso compatibili.

6.d Valutazione del rapporto ambientale e degli esiti della consultazione

In base all'art. 15 del Decreto, *“l'autorità competente, in collaborazione con l'autorità procedente, svolge le attività tecnico-istruttorie, acquisisce e valuta tutta la documentazione presentata, nonché le osservazioni, obiezioni e suggerimenti inoltrati ai sensi dell'articolo 14 ed esprime il proprio **parere motivato**”* entro il termine di novanta giorni a decorrere dalla scadenza di tutti i termini di cui all'articolo 14. Il parere motivato darà conto degli eventuali pareri obbligatori per legge espressi al suo interno.

“L'autorità procedente, in collaborazione con l'autorità competente, provvede, ove necessario, alla revisione del piano o programma alla luce del parere motivato espresso prima della presentazione del piano o programma per l'adozione o approvazione”.

6.e Decisione

L'art. 16 del Decreto prevede che *“il piano o programma ed il rapporto ambientale, insieme con il parere motivato e la documentazione acquisita nell'ambito della consultazione, è trasmesso all'organo competente all'adozione o approvazione del piano o programma”.*

6.f Informazione sulla decisione

L'atto di approvazione del piano o programma deve illustrare, in un apposito elaborato allegato, denominato **dichiarazione di sintesi**, *“in che modo le considerazioni ambientali sono state integrate nel piano o programma e come si è tenuto conto del rapporto ambientale e degli esiti delle consultazioni, nonché le ragioni per le quali è stato scelto il Piano o il Programma adottato, alla luce delle alternative possibili che erano state individuate”*, ai sensi dell'art. 17, comma 1, lett. b).

La dichiarazione di sintesi, insieme con il parere motivato espresso dall'autorità competente e con le misure adottate in merito al monitoraggio devono essere resi pubblici secondo le modalità indicate dallo stesso articolo 17.

6.g Monitoraggio

L'art. 18 del Decreto prescrive che *“il piano o il programma individua le responsabilità e la sussistenza delle risorse necessarie per la realizzazione e gestione del monitoraggio”*, e che lo stesso *“è effettuato avvalendosi”* dell'ARPA. La medesima disposizione chiarisce la funzione del monitoraggio, individuata dalla necessità di assicurare *“il controllo sugli impatti significativi sull'ambiente derivanti dall'attuazione del piano o programma”* e la *“verifica del raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità prefissati, così da individuare tempestivamente gli impatti negativi imprevisti e da adottare le opportune misure correttive”*.

Gli esiti del monitoraggio sono poi destinati a costituire dati e informazioni da cui muovere per la elaborazione delle modifiche al piano o programma, al fine di tener conto nello sviluppo dei processi di programmazione o pianificazione degli effetti che si sono realizzati a seguito della attuazione degli atti precedenti.

È prevista infine una pubblicità *“adeguata”*, attraverso i siti web dell'autorità competente e dell'autorità procedente e di ARPA, sia sullo svolgimento del monitoraggio, sia sui risultati e misure correttive adottate (art. 18). Anche in questo caso è raccomandata l'applicazione del principio dell'adeguatezza ed idoneità del tipo di pubblicità prescelto rispetto alle caratteristiche delle informazioni considerate.

7. EFFETTI DEL MANCATO SVOLGIMENTO DELLA VAS

Il Decreto considera la VAS una *“parte integrante del procedimento di adozione o approvazione del piano o del programma”* (art. 11, comma 5), e dispone *“che i provvedimenti amministrativi di approvazione di piani o programmi adottati senza la previa valutazione ambientale strategica, ove prescritta, **sono annullabili per violazione di legge**”*.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 982

Approvazione schema di convenzione per l'affidamento a medico veterinario del servizio di assistenza sanitaria all'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia ed al Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato "Russoli" con sede in Martina Franca (Ta). Leggi regionali nn. 56/79 e 9/93.

L'Assessore alle Risorse Agroalimentari, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia, confermata dal Dirigente dello stesso, e dal Dirigente del Settore Agricoltura, riferisce quanto segue:

- la L.R. 29 agosto 1979, n. 56 recante "Istituzione e disciplina dell'Istituto di Incremento Ippico per la Puglia (I.R.I.I.P.)". disciplina le funzioni amministrative concernenti l'ippicoltura per il mantenimento degli stalloni di pregio, per l'ordinamento del servizio di monta, nonché gli interventi tecnici per il miglioramento delle produzioni equine;
- la L.R. 19 giugno 1993, n. 9 recante "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1993 e bilancio pluriennale 1993/95". ha soppresso l'I.R.I.I.P. attribuendone competenze e funzioni all'Assessorato regionale all'Agricoltura, con obbligo a carico del medesimo di provvedere a riordinarle secondo gli indirizzi della normativa statale e regionale;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 21 aprile 1994, n. 953 avente ad oggetto: "Attuazione art. 45 L.R. 19/6/1993 n. 9 - Continuità dei servizi in materia di ippicoltura", ha riaffermato le attribuzioni e gli obblighi predetti in capo al richiamato Assessorato regionale all'Agricoltura;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale 30 gennaio 1996 n. 68 ha approvato le norme procedurali per l'applicazione della normativa legislativa e regolamentare nazionale recante la disciplina della riproduzione animale;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 8 agosto 2002, n. 1105 ha affidato all'ex Istituto Incremento Ippico di Foggia anche la gestione

del Centro per la conservazione del patrimonio genetico dell'asino di Martina Franca, con sede presso l'azienda "Russoli" in agro di Martina Franca (TA);

- la Deliberazione della Giunta Regionale 26 giugno 2007, n. 967 (pubblicata sul BURP n. 110 del 1-8-2007) ha approvato lo schema di convenzione per l'affidamento al medico veterinario dell'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia dei servizi di profilassi e cura equini, tenuta armadio farmaceutico e conseguente emissione di ricette;

con Determinazione dirigenziale n. 1330 del 24-08-2007 del Settore Agricoltura è stato affidato l'incarico al medico veterinario dott. Maggi Alessandro, in esecuzione della richiamata DGR n. 967/2007, dal 1° gennaio e al 31 dicembre 2007;

con disposizione di servizio n. 240/3 del 14-03-2008 dell'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia, in attesa dell'espletamento delle procedure d'incarico del servizio veterinario di assistenza sanitaria a n. 80 stalloni dal 1° gennaio al 31 dicembre 2008, ritenuto indispensabile ed indifferibile per la tenuta dell'armadio farmaceutico e relativa ricettazione medico-veterinaria, si è proceduto, temporaneamente, ad assicurare il servizio avvalendosi del medesimo veterinario ed alle stesse condizioni previste dalla precedente convenzione stipulata per l'anno 2007:

CONSIDERATO l'assenza di strutture nell'ambito dell'Amministrazione regionale in grado di assicurare lo svolgimento dei servizi veterinari e la peculiarità della prestazione professionale con responsabilità connesse all'emissione di ricetta medica ai sensi del D. Lgs. 27 gennaio 1992, n. 119, del D.M. della Sanità 28 settembre 1993:

VISTO l'art. 3, comma 54, della legge 24.12.2007 n. 244 (finanziaria 2008), di modifica all'art. 1 comma 127 della L. 662/1996, che riporta:

Le pubbliche amministrazioni che si avvalgono

di collaboratori esterni o che affidano incarichi di consulenza per i quali è previsto un compenso sono tenute a pubblicare sul proprio sito web i relativi provvedimenti completi di indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato. In caso di omessa pubblicazione, la liquidazione del corrispettivo per gli incarichi di collaborazione o consulenza di cui al presente comma costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale del dirigente preposto".

Per quanto sopra riportato, si propone di:

1. approvare lo schema di convenzione per l'anno 2008, allegato A) parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, per l'affidamento a veterinario del servizio di profilassi e cura degli equini di proprietà regionale e di proprietà di terzi «in pensione» presso l'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia e presso il Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato "Russoli" con sede in Martina Franca (TA);
2. autorizzare il Dirigente del Settore Agricoltura alla sottoscrizione della relativa Convenzione per l'anno 2008, con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 2008 ed a sanatoria con il presente atto per il periodo 01-01-2008 al 31-05-2008, da redigersi sulla base dello schema allegato A) parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, previa individuazione, con proprio atto dirigenziale, del veterinario di fiducia (L.R. 56/79 art. 5, co.5 lett. f) sulla base delle vigenti disposizioni generali e di settore in materia di incarico professionale, avendo cura di pubblicare sul sito web della Regione Puglia i relativi provvedimenti completi di indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato;
3. di incaricare la Segreteria della Giunta, ai sensi dell'art. 6, L.R. 13/94, di inviare copia del presente atto all'Ufficio del Bollettino per la pubblicazione sul B.U.R.P. e sul sito web

della Regione Puglia.

Sezione copertura finanziaria di cui alla L.R. n. 28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni

"Il presente provvedimento comporta una spesa annua di ? 40.000.00 a carico del bilancio regionale da finanziare con le disponibilità del capitolo 004920 (U.P.B. 8.1.7), per l'esercizio finanziario 2008". Al relativo impegno si provvedere con successivo atto dirigenziale da assumersi entro il corrente esercizio finanziario "

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente atto finale, in quanto rientrante nelle tipologie previste dall'art.4 - comma 4 - lettera d) della legge regionale n. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Risorse Agroalimentari;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dai competenti Dirigenti di Uffici e di Settore;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;
- di approvare lo schema di convenzione per l'anno 2008, allegato A) parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, per l'affidamento a veterinario del servizio di profilassi e cura degli equini di proprietà regionale e di proprietà di terzi «in pensione» presso l'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia e presso il Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato "Russoli" con sede in Martina Franca (TA);

- di autorizzare il Dirigente del Settore Agricoltura alla sottoscrizione della relativa Convenzione per l'anno 2008. con decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 2008 ed a sanatoria con il presente atto per il periodo 01-01-2008 al 31-05-2008, da redigersi sulla base dello schema allegato A) parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, previa individuazione, con proprio atto dirigenziale, del veterinario di fiducia (L.R. 56/79 art. 5. co.5 lett. f) sulla base delle vigenti disposizioni generali e di settore in materia di incarico professionale, avendo cura di pubblicare sul sito web della Regione Puglia i relativi provvedimenti completi di indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato;
- di incaricare la Segreteria della Giunta, ai sensi dell'art. 6. L.R. 13 94. di inviare copia del presente atto all'Ufficio del Bollettino per la pubblicazione sul B.U.R.P. e sul sito web della Regione Puglia;
- di incaricare il Dirigente dell'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e loggia di notificare il presente atto al Settore Affari Generali - P.O. Ufficiale Rogante, al Settore Personale ed al Settore Comunicazione Istituzionale per gli adempimenti di competenza.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

On. Nichi Vendola

ALLEGATO 4)

Schema di convenzione per l'affidamento a medico veterinario del servizio di assistenza sanitaria all'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia ed al Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato "Russoli" con sede in Martina Franca (TA) LL.RR. 56/79 e 9/93.-

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. _____ del _____, ha approvato lo schema di convenzione per l'affidamento al medico veterinario dei servizi di profilassi e cura equini, tenuta armadio farmaceutico, in osservanza delle vigenti leggi in materia;

Il Dirigente del Settore Agricoltura, con Determinazione n. _____ del _____, ha affidato, per le ampie motivazioni e giustificazioni in essa contenute, l'incarico al dr. _____;

ciò premesso:

La Regione Puglia (di seguito denominata **Regione**) - codice fiscale n. 80017210727 - Assessorato alle Risorse Agroalimentari, nella persona del Dirigente del Settore Agricoltura, Dr. _____, nato a _____ il _____, domiciliato per la carica presso la sede del richiamato Assessorato sito al Lungomare Nazario Sauro, 45/47 - 70121 BARI

ed

il Dr. _____, (di seguito denominato **Affidatario**),
nato a _____ il _____, domiciliato in
_____ C.F. _____

Convengono e stipulano quanto segue:

Art. 1 (Premesse)

1. Le premesse sopra riportate costituiscono parte integrante della presente Convenzione.

Art. 2 (Oggetto)

1. La Regione, con il presente atto affida al dr. _____, che accetta l'incarico delle prestazioni professionali, come meglio dettagliate al successivo articolo 3, per la gestione dei servizi di profilassi e cura degli equini di proprietà regionale e di quelli di proprietà di terzi <<in pensione>> presso l'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia ed il Centro per la conservazione genetica dell'Asino di Martina Franca denominato "Russoli" con sede in Martina Franca (TA).

Art. 3 (Attività)

1. Le prestazioni professionali, finalizzate a garantire lo stato di benessere degli animali, riguarderanno la gestione dei servizi di profilassi e cura degli equini di proprietà regionale e di quelli di proprietà di terzi <<in pensione>> presso l'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia concernenti, in particolare, per la sede di Foggia, gli interventi di pronto soccorso; trattamenti periodici ordinari (vaccinazioni, profilassi antelmintiche, controllo delle ferrature ecc.); certificazioni, elaborazioni di piani di alimentazione; coordinamento dell'attività di fecondazione artificiale compreso il controllo del liquido seminale; assistenza durante le operazioni (misurazioni biometriche, inserimento micro-chips, dati segnalatici ecc.) riferite a manifestazioni di rassegne per l'iscrizione al Registro Anagrafico stalloni di puledri 30 mesi appartenenti alle razze cavallina delle Murge ed asinina di Martina Franca.

2. Per il Centro "Russoli" Martina Franca (TA), saranno svolte analoghe attività come previste per la sede di Foggia ad eccezione degli interventi di pronto soccorso e di quanto non specificatamente previsto nell'allevamento del predetto Centro.

Art. 4 (Responsabilità)

1. L'Affidatario si rende responsabile di ogni adempimento di legge e di regolamento concernente la tenuta dell'armadio farmaceutico dell'Ufficio Incremento Ippico di Taranto e Foggia con sede in Foggia e la conseguente emissione di ricette, ai sensi del D. Lgs. 27 gennaio 1992, n. 119, del D.M. della Sanità 28 settembre 1993 e di ogni ulteriore norma e disposizione in materia medico-veterinaria, anche a seguito di verifiche o ispezioni da parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale competente.

2. L'Affidatario, per la sede di Foggia assicura, entro trenta minuti dalla chiamata, l'intervento di carattere medico-veterinario, la costante disponibilità giornaliera con la propria presenza o, in assenza od impedimento per cause di forza maggiore motivate e debitamente documentate per iscritto, con altro veterinario iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari, preventivamente individuato dallo stesso e comunicato, per l'accettazione, all'Ufficio Incremento Ippico. Relativamente alla sede del Centro di "Russoli" Martina Franca (TA), assicurerà l'ordinaria assistenza medico-veterinaria per garantire lo stato di benessere degli asini ivi allevati.

3. L'inadempimento, da parte dell'Affidatario, degli obblighi sopra riportati comporterà la rescissione della Convenzione da parte della Regione, fatto salvo il diritto di richiesta di risarcimento per le eventuali e maggiori spese sostenute.

Art. 5 (Condizioni)

1. L'importo onnicomprensivo per le attività previste, viene stabilito in € _____ (_____) mensili, oltre IVA e ENPAV, dovuti per legge, per un totale annuo complessivo di € _____ (_____), da corrispondere posticipatamente a presentazione della fattura, previo parere di congruità espresso dall'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Foggia.
2. Le medesime condizioni di cui al punto precedente si applicheranno all'eventuale sostituto dell'Affidatario nell'ambito della somma già prevista, senza ulteriore aggravio finanziario per la Regione.

Art. 6 (Validità)

1. La presente Convenzione ha validità annuale dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2008, a sanatoria con il presente atto per il periodo 01-01-2008 al 31-05-2008, ed è impegnativa per le parti contraenti in conformità alle leggi vigenti.

Art. 7 (Clausola di Garanzia)

1. La Convenzione è sottoposta all'approvazione dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Foggia, anche per la congruità dei compensi convenuti.

Art. 8 (Registrazione)

1. La presente Convenzione sarà registrata in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. L'imposta di registro e le spese di bollo relative al presente atto restano a carico dell'Affidatario.

Art. 9 (Protezione dei dati personali)

1. L'Affidatario, con la sottoscrizione della presente Convenzione, attesta di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali" s.m.i. ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati, qualificati come personali dal citato Codice, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Art. 10 (Controversie)

1. Per tutto quanto non espressamente regolato dai precedenti articoli, in ordine ai rapporti tra la Regione e l'Affidatario, si applicano le norme vigenti per la contabilità generale dello Stato e degli enti pubblici, nonché le disposizioni del Codice Civile e, per qualsiasi controversia, si elegge convenzionalmente in via esclusiva il Foro di Foggia.-

Il presente atto, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto.

Bari, addì.....

Il Dirigente del Settore Agricoltura (dr. _____)

L'Affidatario (Medico-Veterinario dr. _____)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 1003

Campagna antincendi boschivi 2008. Variazione compensativa al bilancio per l'esercizio finanziario 2008 di euro 635.000,00 e riparto fondi.

L'Assessore alle RISORSE AGROALIMENTARI, Enzo Russo, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Demanio Forestale ad interim, confermata dal Dirigente del Settore Foreste ad interim, riferisce quanto segue::

La Regione esercita le competenze in materia di conservazione e difesa dei boschi dagli incendi attraverso il Settore Foreste.

Con Delibera n. 765 del 13/05/2008, la Giunta Regionale, per l'attivazione dell'attività AIB 2008, stanziava la somma di euro 1.440.000,00, secondo la disponibilità sul Cap. 531045, ripartendola tra le cinque Sezioni Provinciali del Settore Foreste.

Tali fondi, tuttavia, permettono di mantenere l'attività per circa 27-30 gg./lav., pertanto la continuazione del servizi potrà avvenire esclusivamente mediante lo stanziamento, sul Cap. 531045/2008, di ulteriori fondi.

Rilevato che il pertinente capitolo del bilancio del corrente esercizio finanziario 531045 non presenta lo stanziamento sufficiente a sostenere l'onere riveniente dal prosieguo dell'attività A.I.B. e dato che ricorrono le condizioni previste dall'art. 49 della vigente legge di contabilità regionale n. 28/2001, si rende necessario, pertanto, procedere alla variazione compensativa al Bilancio Regionale della somma di euro 635.000,00 come riportato nella sottostante copertura finanziaria.

Tale somma, inoltre, deve essere ripartita in base al numero degli operai presenti in ogni ambito provinciale impiegati nell'antincendio. A seguito di tale proporzione vengono assegnati i

seguenti importi:

- **Sezione provinciale di Bari:**
euro 178.000,00;
- **Sezione provinciale di Brindisi:**
euro 16.000,00;
- **Sezione provinciale di Foggia:**
euro 266.000,00;
- **Sezione provinciale di Lecce:**
euro 75.000,00;
- **Sezione provinciale di Taranto:**
euro 100.000,00.

Tali fondi permettono di mantenere l'attività per circa 12-13 gg./lav., mentre la continuazione del servizio potrà avvenire esclusivamente mediante lo stanziamento, sul cap. 531045 del Bilancio regionale 2008, di ulteriori fondi.

Per quanto sopra si propone di procedere al riparto della somma di euro 635.000,00 tra i vari ambiti provinciali e di disporre il prosieguo dell'attività antincendio, sino ad esaurimento della somma assegnata.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/2001 E S.M.I.:

Variazione compensativa al Bilancio per l'esercizio finanziario 2008, ai sensi dell'art. 49 della L.R. n. 28/2001.

Il presente provvedimento comporta il prelievo, in termini di competenza e cassa, dal Cap. 1110010 "Fondo di riserva per spese obbligatorie e d'ordine (art. 49, L.R. 28/2001)", che presenta sufficiente disponibilità, della somma di complessivi euro 635.000,00 da destinarsi contestualmente all'impinguamento del Cap. 531045 "Lotta attiva agli incendi boschivi art. 15 e 19 L.R. 18/2000" del corrente esercizio finanziario.

Il Dirigente del Settore Foreste provvedere ad impegnare la suddetta somma, con successivo atto dirigenziale, sul Cap. 531045/2008 entro il corrente esercizio finanziario.

L'Assessore alle Risorse Agroalimentari, sulla

base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, in quanto rientra nella fattispecie previste dall'art. 4, comma 4, lettera k) della L.R. 7/1997.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Risorse Agroalimentari;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente istruttore e dal Dirigente del Settore Foreste ad interim;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge:

DELIBERA

- di ritenere quanto riportato in narrativa parte integrante del presente provvedimento;
- di prelevare, in termini di competenza e cassa, dal Cap. 1110010 "Fondo di riserva per spese obbligatorie e d'ordine (art. 49, L.R. 28/2001)", che presenta sufficiente disponibilità, la somma di complessivi euro 635.000,00 da destinarsi contestualmente all'impinguamento del Cap. 531045 "Lotta attiva agli incendi boschivi art. 15 e 19 L.R. 18/2000" del corrente esercizio finanziario;
- di ripartire la somma di euro 635.000,00, sul cap. 531045, tra i vari ambiti provinciali, nel seguente modo:
 - **Sezione provinciale di Bari:**
euro 178.000,00;
 - **Sezione provinciale di Brindisi:**
euro 16.000,00;
 - **Sezione provinciale di Foggia:**
euro 66.000,00;
 - **Sezione provinciale di Lecce:**
euro 75.000,00;
 - **Sezione provinciale di Taranto:**
euro 100.000,00.
- di autorizzare il Dirigente del Settore Foreste all'assunzione dell'impegno di euro 635.000,00

sul Cap. 531045 - U.P.B. Settore Foreste, entro e non oltre il corrente esercizio finanziario;

- di trasmettere il presente provvedimento al Consiglio Regionale, ai sensi dell'art. 10, comma 2 della L.R. n. 41/07;
- di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P. ai sensi dell'art. 42, comma 7, della L.r. n. 28/01.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 giugno 2008, n. 1007

Il contributo della Cittadinanza Attiva all'elaborazione del Piano Regionale di Salute: gli aspetti emergenti e gli interventi attesi.

L'Assessore alla Trasparenza e alla Cittadinanza Attiva, Guglielmo Minervini e l'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente del Settore Cittadinanza Attiva d'intesa con la Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, con la collaborazione del Dirigente dell'ARES competente, riferiscono quanto segue:

Il processo di elaborazione del Piano regionale di salute si è sviluppato secondo un percorso innovativo che ha consentito di cogliere l'ampia domanda di partecipazione alla definizione delle politiche pubbliche sanitarie, attivando un processo di coinvolgimento della cittadinanza attiva in tutto il territorio regionale parallelamente ai tavoli di interazione con i vertici dirigenziali delle Asl e degli istituti ospedalieri,

Per impostare ed avviare tale processo sono state predisposte delle linee guida approvate con delibera di Giunta Regionale n. 1165

dell'11.7.2007, che delineano le aree tematiche prioritarie, i percorsi e gli attori, il piano di comunicazione e i tempi di realizzazione previsti per la conduzione del processo partecipativo finalizzato a cogliere le priorità di intervento condivise e rispondenti alle reali esigenze del territorio.

L'intero percorso partecipativo, è stato quindi preceduto e sostenuto da una specifica campagna di comunicazione, intitolata "cambia la sanità pugliese", che ha avuto l'obiettivo di diffondere le possibilità di partecipazione, far conoscere le diverse modalità di interazione con la Regione, stimolare il protagonismo dei cittadini rispetto al cambiamento atteso e contribuire a costruire una maggiore consapevolezza della complessità delle dinamiche che si sviluppano in forma reticolare all'interno del sistema sanitario regionale.

E' stato predisposto un sito internet dedicato al processo partecipativo articolato nelle seguenti sezioni informative e interattive:

- "Progetto di Piano della Salute", riporta la bozza di proposta di piano iniziale;
- "Per partecipare", fornisce le informazioni sulle modalità per dare il proprio contributo;
- "Forum per aree tematiche", supporta il dibattito tra i cittadini;
- "Contributi pervenuti", elenca i contenuti dei contributi dalla cittadinanza attiva;
- "Trend epidemiologici", pubblicizza i dati sulle patologie più diffuse nella regione;
- "Video degli incontri pubblici", consente di seguire in differita le riprese di incontri di lavoro per il piano;
- "Calendario degli incontri pubblici", elenca le informazioni sugli incontri pubblici organizzati;
- "Piano di Comunicazione", descrive gli strumenti e le azioni per pubblicizzare il percorso partecipativo;
- "Cambiamenti in corso...", riporta alcune best practice attuate all'interno della Regione;

Il sito in questione è stato successivamente integrato con "I risultati del processo partecipativo" che contiene il testo integrato dei contributi pervenuti.

Sono stati organizzati circa 70 incontri pubblici in tutta la regione creando occasioni di confronto diretto con i cittadini in cui è stato possibile raccogliere le esperienze, le conoscenze, le tensioni e le aspettative di persone di tutte le classi sociali.

Oltre ai singoli cittadini, sono stati sensibilizzati organismi collettivi come gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, le Associazioni, i Comitati Consultivi Misti, gli Uffici Relazioni con il Pubblico da cui sono emersi contributi specifici rispetto al Piano e proposte di cambiamento al fine di elevare la qualità e l'affidabilità dei servizi per la salute, soprattutto a tutela dei più deboli.

A fine novembre 2007, dopo cinque mesi dall'inizio del processo partecipativo in cui sono stati registrati 15.881 accessi al sito, 2061 partecipanti agli incontri pubblici, 803 contributi pervenuti, emerge quanto sia diffusa la volontà dei cittadini di contribuire ad elaborare le politiche per la salute e di dividerne le scelte al fine di progettare percorsi assistenziali integrati e adeguati al contesto a cui si rivolgono.

I contributi pervenuti sono prevalentemente basati sulla memoria, sull'esperienza rielaborata e su competenze specifiche, andando ben oltre gli scoop proposti dai mass media e le forme di protesta impulsive.

E' diffusa la convinzione che la direttrice per il miglioramento della sanità non può essere solo "tecnico-sanitaria", ma deve riguardare trasversalmente anche la cultura, la socialità e l'ambiente fino a considerare l'assetto delle città e del mondo produttivo.

Si tratta di un risultato sicuramente positivo da cui emergono, in primis, punti di vista e aspettative riconducibili a due diversi modelli di governo del sistema per la salute: il primo condiviso prevalentemente da politici e operatori che riconduce le criticità prioritarie al numero di posti letto, alla tipologia degli edifici e alla disponibilità di tecnologie; il secondo, rivendicato dalle

associazioni e dagli utenti, per il quale i nodi problematici sono riconducibili alla qualità del rapporto tra cittadini e operatori, all'inadeguatezza del sistema di valutazione e ai limiti dell'impianto organizzativo.

Dal punto di vista dell'approccio emerge come il primo modello possa essere definito decisionista (centralità alla decisione), pianificatorio (centralità alla legge e alla razionalità ex ante), macrosistemico (centralità alla struttura sanitaria da riformare con interventi sul suo insieme); mentre il secondo modello si connota come valutativo (centralità al controllo e al cambiamento conseguente), organizzativo (centralità alla regolazione e alla razionalità ex post) e microsistemico (centralità ai sottosistemi funzionali per favorire l'integrazione dei percorsi di cura).

I due modelli sono completamente speculari; si tratta, nei fatti, di due scenari autoreferenziali, ognuno dei quali non ha alcuna connessione con l'altro, non ne percepisce il valore, né le tensioni. Eppure entrambi i modelli sono ugualmente rilevanti e pertanto ambedue da considerare. Il cambiamento, il salto di qualità nel sistema sanitario regionale, non può quindi prescindere dalla necessità di avviare un dialogo tra queste due visioni, che sia in grado di integrare i punti vista delle parti sviluppando una sensibilità e un'attenzione reciproca.

Un ulteriore approfondimento dell'analisi consente di evidenziare come il primo modello, quello del governo politico e clinico, sia focalizzato sulla definizione e messa a punto delle componenti del sistema e degli adempimenti formali; mentre il secondo, quello della cittadinanza attiva, ponga l'accento sulle relazioni e sui risultati da conseguire in termini di soddisfacimento dei bisogni.

Guardando al sistema sanitario come ad una rete, emerge l'attenzione del primo sui nodi della rete e quella del secondo sulle connessioni. Non c'è rete che funzioni senza sinapsi tra nodi e collegamenti. In sintesi, politici e clinici devono tener conto del punto di vista dei cittadini, men-

tre rispetto a questi ultimi bisogna promuovere l'incremento della consapevolezza delle difficoltà di gestione di un sistema complesso quale quello sanitario.

Nel documento allegato alla presente a farne parte integrante, che ha per titolo "Il contributo della Cittadinanza Attiva al Piano Regionale di Salute", di cui si propone la presa d'atto, si dà conto dei risultati dell'intero processo partecipativo riportando, per aree tematiche, gli aspetti emergenti e la conseguente domanda di politiche per la salute che, in gran parte, sono state integrate nel testo del Piano Regionale di Salute.

I cittadini, consapevoli di quanto il sistema sanitario sia complesso per il necessario decentramento di risorse, obiettivi e responsabilità oltre che per la fisiologica integrazione tra i diversi processi, sollevano prevalentemente 4 grandi classi di problemi:

- Stile e qualità delle relazioni tra operatori sanitari e pazienti
- Autoreferenzialità dell'impianto organizzativo
- Inadeguato sistema di valutazione dei servizi
- Insufficiente sviluppo della rete per l'informazione e la comunicazione tutti riconducibili alla percezione di un sistema non abbastanza sensibile alla dimensione umana che dovrebbe invece essere la dimensione caratterizzante delle dinamiche di regolazione dei servizi per la salute. Sia i cittadini che gli operatori rilevano, da parte del sistema sanitario nel suo complesso, una insufficiente inclinazione ad interpretare in maniera proattiva il proprio scopo istituzionale, che dovrebbe focalizzare l'attenzione sulle fragilità dei singoli e di interi gruppi sociali.

Numerose contributi pervenuti dalla Cittadinanza Attiva sono quindi stati recepiti all'interno della bozza di Piano Regionale di Salute e, per dare immediato riscontro ai problemi più sentiti, è stata altresì elaborata una proposta di intervento denominata "Progetto Sensibilità - Verso un sistema per la salute sensibile ai cittadini", allegata alla presente delibera a farne parte integrante e sostanziale, di cui si pro-

pone l'approvazione.

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L. R. n. 28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett.k) della L.R. n.7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle motivazioni innanzi espresse, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale:

LA GIUNTA

- Udita la relazione degli Assessori proponenti;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dalla Dirigente del Settore Cittadinanza Attiva e dalla Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate:

- di fare propria la relazione degli Assessori

proponenti il presente provvedimento, che qui si intende integralmente riportata;

- di prendere atto del documento "Il contributo della Cittadinanza Attiva al Piano Regionale di Salute", allegato al presente provvedimento, da considerare quale componente sostanziale del processo di definizione del Piano Regionale di Salute e da allegare allo stesso;
- di approvare il "Progetto Sensibilità - Verso un sistema per la salute sensibile ai cittadini" allegato al presente provvedimento;
- di dare mandato, alla dirigente del Settore Cittadinanza Attiva, d'intesa con la Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica e con la collaborazione del Dirigente dell'Ares competente, di coordinare l'attuazione del suddetto progetto;
- di trasmettere, per conoscenza, ai sensi dell'art. 17 della L.R. 16.11.2001, n. 28, il presente provvedimento alla Commissione Consiliare permanente competente in materia di sanità;
- di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P. e sul sito istituzionale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
On. Nichi Vendola

**Regione Puglia**

Assessorato alla Trasparenza e Cittadinanza attiva
Assessorato alle Politiche della Salute

PROGETTO SENSIBILITÀ

"VERSO UN SISTEMA PER LA SALUTE SENSIBILE AI CITTADINI"

IL CONTESTO

Come programmato, il processo partecipativo per la redazione del Piano Regionale di Salute si è sviluppato su diverse dimensioni: ai contributi dei singoli cittadini e delle famiglie si è affiancata una costruttiva collaborazione con le associazioni di promozione sociale e una diffusa interazione con le strutture e gli operatori sanitari.

Complessivamente sono stati organizzati circa 70 incontri pubblici su tutto il territorio regionale a cui hanno partecipato più di 2000 persone, sono pervenuti 803 contributi dalla cittadinanza attiva e sono stati rilevati 15.881 accessi al web nel periodo che va da giugno a novembre 2007.

In estrema sintesi si può dire che c'è un ampio e condiviso bisogno di cambiamento a cui si accompagnano richieste e proposte finalizzate al raggiungimento di questo obiettivo. La cittadinanza attiva, collaborando, dimostra di credere che "un'altra sanità sia possibile" a fronte di scelte politiche precise e coraggiose.

I cittadini, consapevoli che il sistema sanitario sia connotato da un elevato livello di complessità, dovuta al necessario decentramento di risorse, obiettivi e responsabilità oltre che alla fisiologica integrazione tra i diversi processi, sollevano prevalentemente 4 grandi classi di problemi:

- **Stile e qualità delle relazioni tra operatori sanitari e pazienti**
- **Autoreferenzialità dell'impianto organizzativo**
- **Inadeguato sistema di valutazione dei servizi**
- **Insufficiente sviluppo della rete per l'informazione e la comunicazione**

tutti riconducibili alla percezione di un sistema insensibile alla dimensione umana che dovrebbe invece caratterizzare in maniera spiccata le dinamiche di regolazione dei servizi per la salute. Sia i cittadini che gli operatori rilevano, da parte del sistema sanitario nel suo complesso, una scarsa inclinazione ad interpretare in maniera proattiva il proprio scopo istituzionale che mette al centro l'attenzione alle fragilità dei singoli e di interi gruppi sociali.

APPROFONDIMENTI

All'interno del processo partecipativo si rileva che il personale e le strutture sanitarie "sviluppano rapporti non equilibrati con i cittadini, quasi di sudditanza" e chiedono maggiore sensibilità nei loro confronti. Emerge un forte bisogno di sentirsi accolti ed accompagnati nel proprio percorso di cura, nel **rispetto della dignità e privacy di ciascuno**. Considerare gli uomini e le donne, nella loro interezza, come persone dotate di intelligenza, sentimenti e storie personali, richiede cambiamenti sostanziali nello stile di relazione tra operatori e pazienti e nella programmazione/gestione dei servizi per la salute.

Emerge inoltre dalla cittadinanza attiva un'osservazione di **autoreferenzialità del sistema sanitario** che appare più attento alle esigenze interne (degli operatori e dei fornitori) che a quelle degli utenti. Ai cittadini, che hanno necessità di fruire dei servizi sanitari, viene richiesto di flettersi a vincoli organizzativi (tempi, modalità, luoghi) stabiliti senza considerare i bisogni dei richiedenti. Ne conseguono gravi situazioni di disagio, gratuito, che nella maggior parte dei casi potrebbero essere evitate. E' necessario quindi passare da un approccio "intuitivo" ad un approccio "competente" in materia di progettazione organizzativa di servizi pubblici che sia condiviso con gli operatori e sostenibile per i pazienti.

I processi di valutazione delle prestazioni sanitarie attualmente praticati, a detta dei cittadini, sono di natura prevalentemente burocratica e non riscontrano in maniera concreta il livello di raggiungimento dei risultati attesi e della qualità dei servizi. Ma, in un settore in cui si influisce sulla vita delle persone, **la valutazione non può essere solo un iter formale**, anche se correttamente eseguito, ma deve produrre cambiamento. In moderni processi di valutazione vanno introdotte inoltre in maniera capillare le pratiche della customer satisfaction coinvolgendo quindi i destinatari delle politiche e dei servizi per la salute; sono questi infatti i soggetti che ne vivono direttamente l'impatto e possono contribuire a rilevare le criticità e ad elaborare specifiche strategie di intervento.

L'informazione sulla tipologia e sui luoghi di erogazione dei servizi disponibili è un bisogno ampio e condiviso. I cittadini, nell'accesso ai servizi per la salute, rimangono il più delle volte disorientati sia sotto il profilo logistico, sia rispetto al tipo di prestazioni erogate. La stragrande maggioranza dei presidi sanitari è privo di adeguata segnaletica, di punti e materiali informativi e di figure di tutor. Emerge con forza dalla cittadinanza attiva la **necessità di una informazione più puntuale e trasparente** che non può non basarsi su un adeguato sistema di comunicazione interna. Rispetto poi alle campagne di prevenzione, emerge il bisogno di visibilità della programmazione in termini di tempo, di target e di aree geografiche interessate oltre che di specifiche attività di sensibilizzazione culturale.

I DUE PUNTI DI VISTA

Dai contributi pervenuti e dagli incontri pubblici emergono, complessivamente, punti di vista e aspettative riconducibili a due diversi modelli di governo del sistema per la salute: il primo condiviso prevalentemente da politici e operatori che individua le criticità prioritarie rispetto ai posti letto, agli edifici e alle tecnologie; il secondo, rivendicato dalle associazioni e dagli utenti, per il quale i nodi problematici sono riconducibili al rapporto tra cittadini e operatori, all'impianto organizzativo dei servizi e al sistema di valutazione.

Dal punto di vista dell'approccio emerge come il primo modello possa essere definito decisionista (centralità alla decisione), pianificatorio (centralità alla legge e alla razionalità ex ante), macrosistemico (centralità alla struttura sanitaria da riformare con interventi sul suo insieme), mentre il secondo modello si connota come valutativo (centralità al controllo e al cambiamento conseguente), organizzativo (centralità alla regolazione e alla razionalità ex post) e microsistemico (centralità ai sottosistemi funzionali per favorire l'integrazione dei percorsi di cura).

I due modelli sono completamente speculari; si tratta, nei fatti, di due scenari autoreferenziali, ognuno dei quali non ha alcuna connessione con l'altro, non ne percepisce il valore, né le tensioni. Eppure entrambi i modelli sono ugualmente rilevanti e pertanto ambedue da considerare. Il cambiamento, il salto di qualità nel sistema sanitario regionale, non può quindi prescindere dalla **necessità di avviare un dialogo tra queste due visioni**, che sia in grado di integrare i punti di vista delle parti sviluppando una sensibilità e un'attenzione reciproca.

Un ulteriore approfondimento dell'analisi consente di evidenziare come il primo modello, quello del governo politico e clinico, sia focalizzato sulla definizione e messa a punto delle componenti del sistema e degli adempimenti formali; mentre il secondo, quello della cittadinanza attiva, ponga l'accento sulle relazioni e sui risultati da conseguire in termini di soddisfacimento dei bisogni.

Guardando al sistema sanitario come ad una rete, emerge l'attenzione del primo sui nodi della rete e quella del secondo sulle connessioni; ma non c'è rete che funzioni senza sinapsi tra nodi e collegamenti. In sintesi, politici e clinici devono tener conto del punto di vista dei cittadini, mentre rispetto a questi ultimi bisogna promuovere l'incremento della consapevolezza delle difficoltà di gestione di un sistema complesso quale quello sanitario.

OBIETTIVO

Promuovere un processo di riconoscimento reciproco e di valorizzazione degli attori del sistema salute che

- rispetto agli operatori sanitari, contribuisca a condividere saperi, creare valori e cultura comuni, riconoscere le professionalità, comprendere finalità, programmi, azioni da intraprendere;
- rispetto ai cittadini favorisca una maggiore appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, consenta un'adeguata conoscenza delle modalità di fruizione dei servizi e promuova la condivisione della regolazione.

PROPOSTE OPERATIVE

Per perseguire l'obiettivo enunciato, si ritiene opportuno promuovere un insieme integrato di azioni specifiche, tutte dirette allo sviluppo dell'apporto di ogni attore al miglioramento della qualità percepita del sistema per la salute.

Azioni finalizzate alla valorizzazione del management sanitario:

- Emanazione di una **direttiva politica** che enfatizzi la rilevanza della qualità delle relazioni interpersonali tra operatori e utenti dei servizi sanitari all'interno del percorso di cura e la necessità di un impegno specifico in tal senso;
- **incontri istituzionali tra rappresentanti della Regione e Dirigenti Generali** delle ASL e delle aziende ospedaliere per condividere i contenuti della direttiva politica e verificarne lo stato di attuazione;
- organizzazione di reti di **Focus Group**, rivolti a gruppi selezionati di primari medici, su tutto il territorio regionale, per raccogliere i loro punti di vista rispetto alle relazioni con gli utenti ed elaborare strumenti di intervento ad hoc condivisi;
- inserimento, all'interno dei corsi di **formazione manageriale** rivolti ai vertici aziendali e ai dirigenti, di sessioni dedicate a metodi e tecniche di raccordo tra i diversi ruoli e di motivazione dei collaboratori in termini di passione, senso di appartenenza e disponibilità all'innovazione;
- realizzazione della **Carta dei Servizi on line** qualificata per patologie al fine di agevolare la fruizione appropriata delle prestazioni sanitarie. Oltre a indirizzi, orari e numeri di telefono, la carta dovrà riportare il tipo di prestazioni che vengono erogate, gli standard di qualità praticati, la quantità degli interventi effettuati e il grado di efficacia. Tale strumento va inteso come processo dinamico soggetto a continui momenti di verifica, aggiornamento e miglioramento grazie all'impiego della telematica;
- progettazione e attuazione di un metodo di "**controllo collaborativo**" della qualità dei servizi, con il coinvolgimento degli URP aziendali che, nel loro ruolo di interfaccia con i cittadini, hanno piena consapevolezza delle criticità più ricorrenti e, in quanto funzionari interni all'azienda, ne conoscono le procedure e possono quindi svolgere attività di raccordo tra gli operatori e di stimolo alla soluzione dei problemi.
- predisposizione e diffusione, presso tutti i presidi sanitari, di **supporti informativi** sulle prestazioni erogate descritte in maniera semplice e di immediata comprensione;
- promozione di sistemi di comunicazione interna basati sul fondamento che chiunque sia all'interno di un processo è depositario di conoscenze utili al miglioramento dello stesso: diviene quindi importante **innescare circoli virtuosi di comunicazione** in cui

tutto il personale possa esprimere dubbi, ottenere chiarimenti e far emergere anche eventuali tensioni e situazioni di crisi.

Azioni finalizzate alla valorizzazione degli operatori sanitari:

- **interviste individuali** agli operatori sanitari sul tema delle relazioni interpersonali con gli utenti, per sensibilizzarli al problema, rilevare i fattori che ne riducono la qualità e individuare pratiche migliorative;
- **laboratori itineranti**, rivolti ad operatori e cittadini, nelle province pugliesi, per presentare e discutere esperienze pilota, a livello internazionale, rivolte a migliorare clima e relazioni attraverso approcci e metodi innovativi;
- **supporto agli operatori** sanitari attraverso servizi di counseling e sostegno psicologico per favorirne il protagonismo e concordare modalità di superamento delle situazioni di disagio o di criticità che dovessero verificarsi all'interno del clima lavorativo;
- sostegno alla diffusione, in tutta Regione, della figura del **care manager** col compito di assistere, guidare e accompagnare i pazienti affetti da particolari patologie nei percorsi di diagnosi e cura programmati;
- proposizione di interventi di ottimizzazione dell'attuale modello organizzativo e funzionale dei **CUP** per migliorarne l'impatto con i cittadini, aumentare il range temporale di attivazione del servizio e integrare l'agenda di tutte le strutture pubbliche e private;
- **formazione** degli operatori a tutti i livelli, prevedendo curricula che contemplino percorsi specialistici, attività di personal empowerment e di miglioramento delle capacità relazionali - emozionali, attraverso l'attivazione di moderni "laboratori di comunicazione", anche per un'adeguata attuazione del consenso informato;

Azioni finalizzate alla valorizzazione della cittadini:

- promozione del servizio di **tutoring**, anche con la collaborazione di associazioni di volontariato, che accolga i soggetti che si rivolgono alle strutture sanitarie e li guidi nelle procedure di accesso alle prestazioni ed alle strutture di cura;
- definizione di **convenzioni con le associazioni** del volontariato per la concertazione di azioni orientate ad una migliore fruibilità dei servizi;
- adozione sistematica dell'**audit civico** nella valutazione dei servizi, delle prestazioni e delle strutture e attivazione di progetti di miglioramento della qualità in relazione alle criticità rilevate da questo processo;
- istituzione obbligatoria e regolazione, in ogni struttura sanitaria, di processi di **rilevazione della qualità dei servizi da parte dei pazienti** (customer satisfaction) di cui tenere conto nelle fasi di valutazione;
- **confronti periodici** tra le direzioni aziendali e le associazioni di volontariato per raccogliere suggerimenti e proposte.

**Regione Puglia**

Assessorato alla Trasparenza e Cittadinanza attiva

Assessorato alle Politiche della Salute

**RELAZIONE sui RISULTATI emersi
dal PROCESSO PARTECIPATIVO alla REDAZIONE del
PIANO REGIONALE per LA SALUTE**

Gennaio 2008

INDICE

- 1. IL PROCESSO PARTECIPATIVO**
- 2. I MODELLI DI SISTEMA PER LA SALUTE EMERSI DAL PROCESSO PARTECIPATIVO**
- 3. LA SANITÀ NON PUÒ ESSERE DI PARTE**
- 4. MIGLIORARE LE RELAZIONI TRA UTENTI E OPERATORI SANITARI**
- 5. PER UN'ORGANIZZAZIONE DI QUALITÀ**
 - 5.1 Sostenibilità dei tempi di attesa**
 - 5.2 Le scelte sul ticket**
 - 5.3 Il bisogno di informazione accessibile e qualificata**
 - 5.4 L'importanza della comunicazione interna**
 - 5.5 La centralità del personale**
 - 5.6 Il bisogno di trasparenza tra pubblico e privato**
 - 5.7 La richiesta di eccellenza**
- 6. UN SISTEMA DI VALUTAZIONE CHE PRODUCA CAMBIAMENTO**
- 7. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: VERSO UNA NUOVA CONSAPEVOLEZZA**
 - 7.1 La rivitalizzazione dei Consultori Familiari**
 - 7.2 La ridefinizione del ruolo dei Medici di Medicina Generale**
- 8. SANITÀ E DIFFERENZA DI GENERE**
 - 8.1 La tutela della salute in tutte le fasi della vita**
 - 8.2 La gravidanza voluta, non voluta e desiderata**
 - 8.3 Prevenire le violenze**
 - 8.4 Contro le discriminazioni per orientamento sessuale**
 - 8.5 Il diritto alla salute per le donne immigrate**
- 9. Cultura della prevenzione**

Allegato 1: Elenco delle proposte progettuali pervenute dalla Cittadinanza Attiva

Allegato 2: Elenco delle analisi/richieste specifiche effettuate dalla Cittadinanza Attiva

1. IL PROCESSO PARTECIPATIVO

Le politiche per la salute, rispetto a tutte le altre politiche regionali, sono nei fatti quelle a più elevato impatto sull'intera comunità pugliese, indipendentemente da età, ceto sociale, differenza di genere, condizione culturale e professionale dei singoli cittadini.

Nella definizione quindi degli obiettivi e delle strategie di intervento del Piano regionale di Salute si è ritenuto imprescindibile avviare un processo di coinvolgimento dei cittadini quali principali destinatari delle politiche della salute. **E' cambiata quindi la metodologia per la costruzione del Piano** che, per scelta dell'Amministrazione Regionale, non recepisce solo il contributo di funzionari ed esperti, ma accoglie le esigenze e le aspettative dei cittadini sin dalla fase di impostazione iniziale.

Perché tale processo fosse effettivamente inclusivo, e per facilitare la partecipazione, sono state evinte, dalla bozza di Piano iniziale, le aree tematiche di più diffuso interesse, su cui proporre il confronto, ed è stata predisposta una guida alla partecipazione riferita ai seguenti ambiti di intervento:

sanità e differenza di genere

La specificità di genere non si limita alla sfera riproduttiva, ma riguarda la diffusione di fattori di rischio, l'incidenza di malattie e disabilità, la diversità nelle modalità di accesso ai servizi per la salute di cui è necessario tener conto nella organizzazione della assistenza sanitaria.

tutela dei soggetti deboli

Al repertorio delle fragilità, e all'ampiezza di tale fenomeno, si aggiungono ogni giorno altre categorie, tutte portatrici di nuovi bisogni che vanno pertanto riconosciuti e decifrati; non è più possibile ignorarli o affrontarli solo in termini di medicalizzazione se si intende promuovere una società realmente inclusiva.

funzionalità dei servizi

Come elementi di qualificazione del sistema sanitario, vanno considerati la domanda di cura, i servizi territoriali, la porta unica d'accesso, l'offerta di cura fuori sede, la valutazione delle politiche sanitarie, la prevenzione. L'appropriatezza di tali componenti può imprimere una svolta decisiva rispetto ai cambiamenti auspicati.

rapporto tra pazienti e operatori sanitari

Ai problemi di chi ha bisogno di servizi sanitari, talvolta, si aggiunge il disagio vissuto nel rapporto con le strutture e con gli operatori. Ciò accade, in particolare, durante l'ospedalizzazione per l'intervento di diversi fattori come le caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali dell'ospedale, le competenze professionali e relazionali degli operatori, ecc. Si tratta di un ambito di intervento importantissimo e normalmente trascurato.

Ognuna di queste aree tematiche è stata descritta in maniera sintetica e comprensibile ed è stata integrata con domande specifiche per agevolare l'espressione delle diverse opinioni.

L'intero processo partecipativo si è sviluppato su **più percorsi differenziati per classi di interlocutori**:

1. il coinvolgimento degli URP e dei Comitati Consultivi Misti attraverso
 - la consultazione preliminare sul metodo di partecipazione
 - l'organizzazione di incontri di lavoro con i Comitati Consultivi Misti
 - la conduzione di interviste, rivolte ai primari, sulle relazioni tra operatori e pazienti
2. il confronto con gli operatori sanitari
 - predisposizione e pubblicizzazione di un depliant informativo che comunica le opportunità fornite dal processo partecipativo
 - incontri con i direttori (generale, sanitario e amministrativo) e i sub_commissari delle ASL

- incontri con gli operatori all'interno dei presidi ospedalieri
 - incontri di lavoro con i rappresentanti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
 - organizzazione di Focus Group con i medici primari su "Qualità delle relazioni tra operatori e utenti"
3. la sensibilizzazione delle associazioni e della cittadinanza attiva
- attuazione di una campagna di comunicazione attraverso i media (spot TV, quotidiani), il web e l'affissione;
 - invio di materiale informativo e invito alla partecipazione (lettere alle famiglie, guida alla partecipazione) anche attraverso gli URP comunali;
 - organizzazione di incontri pubblici con associazioni e cittadini
 - organizzazione del Forum su "Salute delle Donne e Politiche di Genere"
 - attivazione di forum telematici per favorire la comunicazione e il confronto a distanza
 - creazione delle condizioni per ricevere i contributi mediante call center, e_mail, posta o fax;
 - predisposizione dei feedback;
 - individuazione delle associazioni, articolate in rete su tutto il territorio regionale, e loro coinvolgimento nella promozione dell'iniziativa.

I numeri della partecipazione

Il processo partecipativo, che ha avuto luogo prevalentemente tra giugno e novembre 2007, si è sviluppato attraverso:

70	incontri pubblici su tutto il territorio regionale
2061	partecipanti agli incontri
10	focus group
100	partecipanti ai focus group
210	ore dedicate ai dibattiti
116	associazioni e organismi collettivi
803	contributi pervenuti
15.881	accessi al web
22.021	pagine visualizzate

Dai contributi pervenuti dalla cittadinanza attiva si evince un **ampio e condiviso bisogno di cambiamento**; tutti, con la loro collaborazione, dimostrano di voler contribuire ad avviare tale processo ritenuto imprescindibile per elevare la qualità e l'affidabilità dei servizi per la salute, soprattutto a tutela dei più deboli.

2. I MODELLI DI SISTEMA PER LA SALUTE EMERSI DAL PROCESSO PARTECIPATIVO

Attraverso il processo partecipativo è stato possibile raccogliere contributi ad ampio spettro basati sulla memoria, sull'esperienza rielaborata e su competenze specifiche, andando ben oltre le pressioni proposte dai mass media e le forme di protesta impulsive.

Si tratta di un risultato sicuramente positivo da cui emergono, in primis, punti di vista e aspettative riconducibili a due diversi modelli di governo del sistema per la salute: il primo condiviso prevalentemente da politici e operatori, il secondo rivendicato dalle associazioni e dagli utenti. I due modelli sono, per le caratteristiche più importanti che metteremo in parallelo nella tabella che segue, completamente speculari.

Modello condiviso dal governo politico e clinico	Modello rivendicato dalla cittadinanza attiva
Decisionista (centralità alla decisione)	Valutativo (centralità al controllo e al cambiamento conseguente)
Pianificatorio (centralità alla legge e alla razionalità ex ante)	Organizzativo (centralità alla regolazione e alla razionalità ex post)
Informativo/didattico (centralità all'informazione, a carattere sommario, rivolta più all'esterno che al luogo in cui si svolge l'interazione tra operatori e utenti)	Partecipativo (centralità all'interazione in loco tra cittadini, operatori e politici)
Macrosistemico (centralità alla struttura sanitaria da riformare con interventi sul suo insieme)	Microsistemico (centralità ai sottosistemi funzionali per favorire l'integrazione dei percorsi di cura)
Preferenziale del rapporto tra governo politico e governo clinico (centralità della comunicazione tra decisori e vertici aziendali)	Preferenziale del rapporto tra utenti e governo politico (centralità delle responsabilità dei politici rispetto ai bisogni reali; gli utenti chiedono di essere "visti" dai politici)

Si tratta, nei fatti, di due scenari autoreferenziali, ognuno dei quali non ha alcuna connessione con l'altro, non ne percepisce il valore, né le tensioni. Eppure entrambi i modelli sono ugualmente rilevanti e pertanto ambedue da considerare. Il cambiamento, il salto di qualità nel sistema sanitario regionale, non può quindi prescindere dalla **necessità di avviare un dialogo tra queste due visioni**, che sia in grado di integrare i punti vista delle parti sviluppando una sensibilità e un'attenzione reciproca.

Un ulteriore approfondimento dell'analisi consente di evidenziare come il primo modello, quello del governo politico e clinico, sia focalizzato sulla definizione e messa a punto delle componenti del sistema e degli adempimenti formali; mentre il secondo, quello della cittadinanza attiva, ponga l'accento sulle relazioni e sui risultati da conseguire in termini di soddisfacimento dei bisogni.

Guardando al sistema sanitario come ad una rete, emerge l'attenzione del primo sui nodi della rete e quella del secondo sulle connessioni. Non c'è rete che funzioni senza sinapsi tra nodi e collegamenti. In sintesi, politici e clinici devono tener conto del punto di vista dei cittadini, mentre rispetto a questi ultimi bisogna promuovere l'incremento della consapevolezza delle difficoltà di gestione di un sistema complesso quale quello sanitario.

3. LA SANITÀ NON PUÒ ESSERE DI PARTE

La stragrande maggioranza dei cittadini, ma anche molti operatori sanitari, attraverso il processo partecipativo hanno evidenziato l'importanza di svincolare le scelte, in merito all'impianto organizzativo e gestionale, dalle connotazioni di parte politica.

Viene segnalato che, troppo spesso, le decisioni circa la collocazione degli operatori sanitari vengono assunte dai politici indipendentemente dalle esigenze funzionali delle singole strutture; ne deriva una distribuzione delle risorse umane inadeguata che produce eccessi di personale in alcuni reparti e forti carenze in altri.

Anche il riconoscimento delle professionalità non è sempre corrispondente a competenze realmente esercitate e alla valutazione di risultati conseguiti. In questo modo ci si può trovare di fronte a dirigenti di vertice scarsamente preparati e al conseguente abbassamento della qualità delle prestazioni. Tale pratica produce inoltre un effetto di demotivazione generalizzata tra gli operatori sanitari, a partire dall'ausiliario fino all'aiuto medico, che non ricevono stimoli all'impegno nel lavoro quotidiano e non hanno quindi fiducia nel riconoscimento qualitativo del proprio apporto professionale.

L'arbitraria collocazione del personale da una parte, e l'**assenza di criteri meritocratici** dall'altra, producono inevitabili profonde disfunzioni nell'erogazione dei servizi.

A detta dei cittadini, i politici sono particolarmente sensibili ai problemi sollevati e resi eclatanti dai mass media, ma non considerano gli indicatori di crisi normalmente rilevabili che, se trascurati, finiscono poi per determinare situazioni di "non ritorno".

Alla politica si chiede di fare un passo indietro rispetto alla scelta delle professionalità e di assumere invece la responsabilità degli effetti del controllo sulla funzionalità dei servizi. Le disfunzioni vanno pertanto non solo rilevate, ma anche sanate; sono necessari input politici chiari agli organismi preposti perché adottino criteri di valutazione rigorosi e trasmettano un quadro attendibile dello stato dell'arte. Spetta poi, ancora una volta, alla classe politica adottare scelte coraggiose che diano seguito in maniera concreta e tangibile ai risultati delle valutazioni effettuate.

Viene attribuita inoltre alle amministrazioni locali e ai rappresentanti politici la rivendicazione di posti letto e infrastrutture sanitarie il più delle volte legittima, ma non sempre indispensabile; ciò avviene in controtendenza rispetto ai cittadini, che rivendicano invece strutture di eccellenza anche se non collocate nel proprio Comune di residenza. L'elevata mobilità esterna, dalla nostra regione, è infatti un indicatore del diffuso interesse dei cittadini a fruire di servizi di qualità anche se questi impongono costi aggiuntivi e notevoli disagi logistici.

La pianificazione dei servizi e delle strutture non può essere soggetta alle pretese di campanile, ma deve corrispondere alla domanda di salute così come rilevata sul territorio.

Dalle considerazioni precedenti non si può non cogliere lo scollamento tra paese reale e classe politica; il primo rivolto a pensare in termini di qualità e la seconda orientata a ragionare su infrastrutture e acquisizione di consenso.

4. MIGLIORARE LE RELAZIONI TRA UTENTI E OPERATORI SANITARI

Il bisogno di salute lungo l'arco dell'intera vita, espresso con sempre maggiore consapevolezza dai cittadini, presenta una dimensione di complessità in cui la tradizionale concezione di salute e malattia, riferita prevalentemente alla considerazione di fattori patologici individuali, viene completamente rivisitata in favore di una visione più ampia che include la valutazione di fattori umani, ambientali, sociali, culturali ed economici.

Il Piano regionale di Salute, recepisce in pieno tale mutata concezione ed assume come guida il principio olistico della salute dando spazio e riconoscimento ai valori dell'umanizzazione. Umanizzare significa appunto superare il modello biomedico di cura, oggi prevalente, per sostenere un diverso approccio in cui è la persona, nel suo complesso, ad essere centrale e non la sua malattia.

I cittadini rilevano che il personale e le strutture sanitarie "sviluppano rapporti non equilibrati con i cittadini, quasi di sudditanza" e chiedono maggiore sensibilità nei loro confronti.

Considerare gli uomini e le donne, nella loro interezza, come persone dotate di intelligenza, sentimenti e storie da rispettare, richiede cambiamenti sostanziali nello stile di relazione tra operatori e pazienti e nella programmazione/gestione dei servizi per la salute; questi vanno quindi ridisegnati tenendo conto della domanda di benessere psicofisico posta dai cittadini.

Una nuova e diversa attenzione ai bisogni impliciti dell'utente dà vita inoltre ad un processo di riconoscimento reciproco tra i soggetti componenti il sistema: l'utente, l'operatore sanitario, la comunità all'interno della quale sono collocati i servizi.

E' infatti opinione condivisa che la qualità delle relazioni influisca in maniera incisiva sul percorso di cura dei degenti e sulle condizioni di lavoro del personale ospedaliero. Il bisogno di umanizzazione è quindi sentito da entrambe le parti.

L'attenzione al processo di umanizzazione obbliga anche a considerare parametri nuovi che garantiscano percorsi di cura integrati e quindi una più efficace funzionalità del sistema, caratterizzato oggi da percorsi assistenziali farrinosi e frammentati.

L'umanizzazione, nel PRS, travalica quindi la semplice affermazione di principio per assumere un valore operativo che si traduce nella promozione di una nuova cultura e nell'individuazione di innovazioni organizzative: azioni e procedure che inneschino un processo di miglioramento continuo del clima e delle modalità di erogazione dei servizi, fondato sulla considerazione delle esigenze del cittadino/utente.

E' necessario il superamento di criticità importanti, sentite dai cittadini, che vanno dalla possibilità di orientarsi in una struttura sanitaria a quella di sentirsi accolti, informati e resi consapevoli del percorso terapeutico da seguire. L'impostazione delle relazioni interpersonali deve puntare ad un rapporto empatico con gli utenti e a conquistarne la fiducia, attraverso l'uso di un linguaggio comprensibile e non strettamente professionale, l'attenzione al rispetto di sensibilità, dignità e privacy, la pratica di stili di interazione ispirati al sostegno e all'incoraggiamento dei pazienti.

All'interno del processo di umanizzazione, è altrettanto rilevante considerare le problematiche poste dagli operatori: la specificità del lavoro in ambito sanitario impone spesso ritmi incalzanti, richiede sempre un'elevata attenzione e produce, in molte occasioni, varie forme di stress. Per produrre un incisivo cambiamento quindi, l'apporto degli operatori sanitari va valorizzato attraverso forme di riconoscimento, anche individuale, e sostenuto concretamente attraverso ottimizzazione complessiva dei contesti di lavoro.

Il Piano regionale di Salute, prevede, a tale scopo, procedure e azioni che coinvolgono più attori e più funzioni in momenti diversi:

1. nell'accoglienza, istituendo un servizio di **tutoring** che consenta ai soggetti che si rivolgono alle strutture sanitarie di orientarsi rispetto alle procedure di accesso alle prestazioni ed alle strutture di cura;

2. nel sostegno alla cronicità, attraverso l'individuazione di **care manager** nei diversi livelli di assistenza, per prendersi carico, guidare e accompagnare i pazienti nei percorsi di diagnosi e cura programmati per la gestione dei profili di cura più appropriati, salvaguardando per ognuno e promuovendo il diritto di essere soggetto attivo nella gestione della propria salute;
3. nell'informazione attraverso l'istituzione della "**carta dei servizi qualificata**", anche telematica, che riporti la tipologia e la quantità delle prestazioni erogate dalle singole unità operative e consenta la scelta appropriata dei servizi;
4. nella **formazione** permanente degli operatori a tutti i livelli, prevedendo curricula che contemplino percorsi specialistici, attività di personal empowerment e di miglioramento delle capacità relazionali – emozionali, attraverso l'attivazione di moderni "laboratori di comunicazione", anche per un'adeguata attuazione del consenso informato;
5. nel **supporto agli operatori** sanitari attraverso servizi di counseling e sostegno psicologico;
6. nel modello di interazione tra i cittadini, le associazioni e gli altri protagonisti del sistema salute attraverso la **rilevazione ed il controllo degli standard di miglioramento dell'umanizzazione** dei servizi assicurando l'ascolto e il relativo feed back sulle criticità rilevate;
7. nella pianificazione dei servizi, con il **coinvolgimento e l'ascolto degli operatori**, per promuoverne l'integrazione e la facilità di fruizione;
8. nella **customer satisfaction** adottata come strategico strumento di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista dei cittadini;
9. nella progettazione di servizi pensati per le **esigenze di gioco e di socializzazione di bambini e adolescenti**;
10. rispetto al **servizio di ristorazione** mediante la verifica periodica di qualità, quantità e fruibilità all'interno delle strutture sanitarie per assicurarne la rispondenza alle diete prescritte e il rispetto delle norme sull'alimentazione;
11. nella **cura degli ambienti** dal punto di vista ricettivo (architettura, arredi, finiture, colori, segnaletica) tenendo conto che elementi come suoni, odori, temperatura, umidità, ventilazione, luminosità, estetica, pulizia e igiene influiscono sul benessere degli ospiti;
12. nella tutela della legalità attraverso l'adozione di un **Codice Etico Aziendale** per aumentare la consapevolezza del sistema di valori a cui devono riferirsi le professioni di aiuto;
13. nella definizione di **Convenzioni con le associazioni** del volontariato per la realizzazione di azioni orientate alla promozione del benessere dei pazienti durante l'esperienza di ricovero e di malattia.

5. PER UN'ORGANIZZAZIONE DI QUALITÀ

Tra i contributi della cittadinanza attiva sono pervenuti numerosi rilievi sulle disfunzioni di carattere organizzativo, molti dei quali corredati da conseguente proposta di miglioramento. Dall'analisi delle osservazioni emerge una netta percezione di **autoreferenzialità** del sistema sanitario, più attento alle esigenze interne (degli operatori e dei fornitori) che a quelle degli utenti. Ai cittadini, che hanno *necessità di* fruire dei servizi sanitari, viene richiesto di flettersi a vincoli organizzativi (tempi, modalità, luoghi) stabiliti senza considerare specificità ed esigenze dei richiedenti.

I cittadini percepiscono in primis una netta **frattura tra ospedali, territorio e medici di medicina generale**. Il più delle volte queste tre importanti componenti del sistema sanitario non comunicano tra loro, se non in maniera burocratica, attraverso i moduli per le impegnative e i referti. **I percorsi di diagnosi e cura sono frammentati e farraginosi**. Agli utenti viene chiesto di seguire di persona iter burocratici complessi che potrebbero essere snelliti con soluzioni facili da individuare se solo ci si mettesse "nei panni dei cittadini". Nei vari step, che spesso diventano ciclici, è necessario recarsi più volte in luoghi diversi con relativi tempi di attesa, sempre assumendo che il paziente sia autonomo negli spostamenti o possa disporre della collaborazione di altre persone.

E' necessario ridefinire l'intera architettura organizzativa del Sistema per la Salute, superando l'approccio burocratico o intuitivo - determinato dai funzionari e dai dirigenti di turno in maniera decontestualizzata - con l'assunzione di un approccio scientifico alla progettazione dei servizi pubblici. Si tratta di utilizzare teorie, metodi e tecniche afferenti alla **scienza dell'organizzazione** per produrre soluzioni che siano condivise con gli operatori e sostenibili per i pazienti. E' ormai dimostrato infatti che non basta prendere decisioni di vertice, seppur in maniera competente, senza la relativa verifica di fattibilità da condurre insieme ai soggetti che le devono attuare e a quelli che ne subiranno gli effetti.

5.1 - Sostenibilità dei tempi di attesa

Rispetto al problema dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche ed esami diagnostici, i cittadini intervengono con consigli e suggerimenti che derivano da apprendimenti in altri settori. Alcuni di questi provengono dal lavoro in azienda e sono una diretta indicazione alla classe politica secondo quella viene definita la "logica dell'aziendalizzazione della Pubblica Amministrazione".

Nello specifico ci si domanda perché in azienda c'è grande attenzione al monitoraggio dell'efficienza delle macchine, il personale addetto viene costantemente formato, le apparecchiature lavorano anche di notte e in caso di disfunzioni vengono prontamente riparate, la produzione viene sempre garantita e non viene spostata a data da determinarsi.

Molti cittadini riconducono le cause di inefficienza al conflitto di interesse che può sorgere tra strutture pubbliche e strutture private; l'insufficienza o comunque l'interruzione del servizio pubblico dirottano inevitabilmente gli utenti verso le strutture private che si dimostrano nei fatti più flessibili rispetto a tempi e modi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Ne consegue la proposta di adottare l'impostazione aziendale all'interno delle ASL, **impegnando le macchine anche durante le ore pomeridiane e notturne** e introducendo la filosofia del TPM (Total productive maintenace) per monitorare l'efficienza delle attrezzature/visite/analisi/budget e per valutarne la produttività.

Tra i limiti dell'attuale sistema organizzativo delle liste d'attesa, i cittadini segnalano la questione della **trasparenza** denunciando sia comportamenti poco responsabili dei cittadini che non disdicono gli appuntamenti sia la pratica di trattamenti di favore con reti amicali e parentali.

I tempi di attesa sono ritenuti spesso insostenibili nelle strutture pubbliche rispetto all'effettuazione di visite, esami, controlli, somministrazione cure, soprattutto se incompatibili con la prevenzione e cura richiesta dalle

specifiche patologie.

La soluzione di tali problemi passa attraverso una maggiore efficienza delle strutture pubbliche ed una **migliore regolazione dell'integrazione tra pubblico e privato.**

5.2 - Le scelte sul ticket

I cittadini avanzano una serie di **riserve sull'attuale regolazione del ticket**, molte delle quali derivano dall'assenza di adeguate informazioni.

Rispetto all'applicazione del ticket per prestazioni ambulatoriali o diagnostiche, gli utenti propongono l'estensione dell'esenzione ad altre patologie specifiche quale, per esempio, la sindrome bipolare. Non è evidentemente noto ai cittadini che la regione non ha spazi decisionali in tale ambito in quanto l'individuazione delle patologie (croniche e invalidanti) a totale esenzione è di esclusiva competenza ministeriale.

E' diffusa anche la richiesta di riduzione/esenzione del ticket per attività di prevenzione. A questo proposito bisogna precisare che la prevenzione effettuata attraverso indagini diagnostiche generalizzate (screening) non comporta alcun costo per gli utenti, mentre i controlli periodici, richiesti per iniziativa dei singoli, rientrano nella classe di prestazioni normalmente erogate e soggette a ticket.

Circa il pagamento del ticket, i cittadini propongono di incrementare, con la collaborazione delle farmacie e delle tabaccherie, le sedi presso cui sia possibile effettuarlo e di diversificarne le modalità con l'impiego di internet o attraverso carte prepagate. Tali proposte sono ritenute recepitibili e ne è stata avviata l'attuazione.

Dalla cittadinanza attiva è pervenuta anche la richiesta di estendere l'esenzione dal ticket sulle prestazioni diagnostiche per la gravidanza a rischio anche per le donne con grave disagio sociale per favorire la tutela della maternità.

Viene posta anche la necessità di prevedere adeguati controlli di corrispondenza tra le autocertificazioni ai fini dell'esenzione e le reali condizioni degli utenti. Su questo obiettivo è stato sottoscritto un protocollo di intesa con il comando regionale della Guardia di Finanza teso a monitorare la situazione in esame.

Al fine poi della riduzione delle liste di attesa, alcuni cittadini propongono di imporre il pagamento del ticket a chi non si fa carico di disdire tempestivamente la prenotazione di cui non potrà fruire. Presso alcune ASL questo suggerimento non è accoglibile perchè qualsiasi prenotazione, fatta da soggetti che non godono di esenzione, se non è accompagnata dal pagamento del ticket entro un numero di giorni predefinito, decade. Nel caso invece di soggetti esenti da ticket, non si ritiene opportuno comminare un'eventuale sanzione in quanto le cause della mancata disdetta potrebbero essere valide, anche se non note.

Gli utenti esenti da ticket sono costretti, in alcune ASL, a chiedere per ogni prestazione l'apposizione del timbro di convalida per esenzione presso il CUP o comunque in un luogo diverso dal reparto o ambulatorio in cui si eroga la prestazione. **Ripetitività e diversa dislocazione logistica** causano inutile disagio.

Così come non è motivata la procedura di prenotazione presso il CUP da parte di coloro che sono soggetti a controlli periodici o a patologie croniche. Ne conseguono gravi situazioni di disagio, gratuito, che in molti casi potrebbero essere evitate. E' richiesta quindi una diversa organizzazione del servizio per questa classe di utenti.

Viene proposta inoltre alla Regione la rimodulazione delle classi di reddito ai fini dell'esenzione dal ticket per spesa farmaceutica. A tale proposito è opportuno considerare che già la delibera regionale n.1198 del 6/8/2005 amplia di molto, quasi triplicandola, la platea degli aventi diritto alla esenzione totale (da circa 700 mila a quasi a 2 milioni di persone) ovvero quanti abbiano un reddito annuo non superiore a 22 mila euro.

Si è intervenuto, inoltre, sul regime di esenzione parziale; i nuclei familiari con reddito annuo fino a 27 mila euro e soggetti di età superiore a 65 anni con reddito annuo del nucleo familiare fino a 32 mila euro, sono parzialmente esenti dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica.

I cittadini chiedono inoltre di estendere la fascia di età di esenzione dei bambini (attualmente fissata a 6 anni) e di abolire l'esenzione per gli over 65 con reddito alto e privi di patologie.

Della prima parte di questa proposta bisogna verificare la fattibilità dato che la materia è oggetto di una circolare (n.1/95) applicativa della legge nr.724 del 23/12/1994 che disciplina il sistema di esenzione per la spesa farmaceutica, per diagnostica strumentale, di laboratorio e per altre prestazioni specialistiche.

Sulla seconda parte, va precisato che sono attualmente esenti solo gli anziani con reddito inferiore a 36.000,00 euro e che la stragrande maggioranza della popolazione pugliese over 65 vive in nuclei familiari. Pertanto, considerato che l'esenzione viene calcolata sull'intero reddito familiare, l'abolizione proposta interesserebbe pochissimi anziani, complicando di contro la gestione amministrativa di questa nuova esenzione.

La proposta di pagamento del ticket in un'unica soluzione che riguardi l'intero percorso sanitario a partire dalla prima visita fino alla diagnosi, non è ritenuta recepitibile in quanto i percorsi di cura non sono standardizzabili e variano molto, da persona a persona, in termini di numero e di tipologia delle prestazioni.

Così come la ripetitività delle prescrizioni, lamentata dai cittadini, è motivata dalla necessità di verifica della persistenza del bisogno.

5.3 – La richiesta di informazione accessibile e qualificata

L'assenza di informazione sulla tipologia dei servizi disponibili e sui luoghi di erogazione degli stessi è un bisogno ampio e condiviso. I cittadini, nell'accesso ai servizi per la salute, rimangono il più delle volte disorientati sia sotto il profilo logistico, sia rispetto al tipo di prestazioni erogate. **La stragrande maggioranza dei presidi sanitari è privo di adeguata segnaletica, di punti informativi e di figure di tutor**; sono quasi sempre assenti depliant informativi e, anche quando vengono prodotti, non sono adeguatamente distribuiti, non sono aggiornati e tanto meno qualificati.

C'è quindi bisogno di una **Carta dei Servizi qualificata**; per agevolare la fruizione appropriata delle prestazioni sanitarie, non basta riportare indirizzi, orari e numeri di telefono, ma è necessario specificare il tipo di prestazioni che vengono erogate, gli standard di qualità praticati, la quantità degli interventi effettuati e il grado di efficacia. Tale strumento non può essere una semplice pubblicazione estemporanea, ma va intesa come processo dinamico soggetto a continui momenti di verifica, aggiornamento e miglioramento anche attraverso l'impiego della telematica.

Presso i presidi sanitari devono essere disponibili supporti informativi sulle prestazioni erogate descritte in maniera semplice e di immediata comprensione; a livello regionale è opportuno integrare in rete le informazioni riferite ad ogni realtà locale predisponendo una carta dei servizi on line impostata per patologie; indipendentemente dai singoli presidi sanitari presenti sul territorio, ai cittadini deve essere possibile accedere direttamente a tale **carta via web** per sapere dove trovare risposte specifiche a specifici problemi. Si tratta di un valore aggiunto interessante in grado di connotare il processo informativo dalla parte dei cittadini.

5.4 - L'importanza della comunicazione interna

Emerge con forza dalla cittadinanza attiva la necessità di una comunicazione più puntuale sui servizi e sulle prestazioni che però non può attivarsi senza un sistema ben funzionante di comunicazione interna. Gli incontri con gli operatori sanitari, realizzati durante il processo partecipativo, hanno messo in evidenza la

strutturale e cronica mancanza di comunicazione interna sia in strutture della stessa tipologia che fra i diversi livelli di servizio sul territorio.

Questa endemica frammentazione e povertà comunicativa interna, anche fra le due anime del servizio sanitario, operatori sanitari (medici e paramedici) da un lato e amministrativi dall'altro, si ripercuote all'esterno nei confronti degli utenti generando carenze informative, confusione, sovrapposizioni di servizi.

Si pensi, ad esempio, all'assoluta **frattura che esiste sia fra il mondo della medicina di base e quello ospedaliero** che all'interno di reparti di una stessa struttura; questo rende i servizi sanitari e quindi il diritto alla salute estremamente dipendenti dalla capacità di iniziativa del singolo medico o del singolo operatore. Ne sono un esempio la prescrizione di prestazioni senza averne appurato l'effettivo bisogno, il ricorso a ospedalizzazione a volte non del tutto necessaria, cure post degenza poco correlate alle terapie seguite in ospedale, servizi di scarsa qualità determinati da un'adeguata distribuzione di risorse umane e strumentali nei reparti.

Un sistema di comunicazione interna ben funzionante rappresenta senza dubbio lo strumento più efficace per superare tali criticità perché contribuisce a creare valori e cultura comuni, a costruire una maggiore chiarezza organizzativa, a comprendere finalità, programmi, azioni a cui aderire e, di conseguenza, un clima di lavoro più favorevole all'introduzione di modalità di lavoro innovative.

La comunicazione interna diviene così un'importante leva per il cambiamento all'interno di un sistema sanitario connotato da un elevato livello di complessità, sia operativa che strategica, dovuta alla numerosità delle aree di attività e servizi presenti, al necessario decentramento di risorse, obiettivi e responsabilità, alla fisiologica integrazione tra le diverse attività e processi.

Più complessa e capillare è la struttura organizzativa, più forte diviene il bisogno di creare sistemi di comunicazione integrati tra le diverse unità, in modo da produrre **condivisione dei saperi**, univocità di obiettivi, standard qualitativi di servizio, politiche del personale coerenti e univoche all'interno delle diverse unità.

La comunicazione interna comprende infatti tutti gli atti di condivisione di informazioni e conoscenze dentro l'organizzazione; definisce e veicola le relazioni verticali e orizzontali; contribuisce alla **coesione di un'organizzazione**; svolge un ruolo di ausilio fondamentale per tutte le altre funzioni (gestione delle risorse umane, pianificazione strategica, erogazione servizi ecc.).

Rientrano nella definizione di "comunicazione interna" tutte le attività attraverso le quali un'organizzazione trasmette informazioni verso tutti coloro cioè che fanno parte della struttura organizzativa, dai vertici ai livelli gerarchici inferiori, in questo caso amministrativi, medici, paramedici.

La comunicazione interna si basa sul fondamento che chiunque sia all'interno di un processo è depositario di conoscenze utili al miglioramento dello stesso: diviene quindi importante **innescare circoli virtuosi di comunicazione** in cui tutto il personale possa esprimere dubbi, ottenere chiarimenti e far emergere anche eventuali tensioni e situazioni di crisi.

Tuttavia, perché la comunicazione interna funzioni occorre definire in primis, con chiarezza, **il sistema di ruoli**, l'attribuzione di compiti e di responsabilità dei singoli; così come risulta altrettanto indispensabile implementare un sistema disciplinare che aiuti a **prevenire e correggere comportamenti organizzativi non consoni agli obiettivi** prefissati e condivisi.

La sanità pugliese dovrebbe dar vita a un sistema di comunicazione interna incentrato sia sull'utilizzo di **strumenti e metodologie di lavoro mutuati dal mondo manageriale** (formazione sulla comunicazione, laboratori di miglioramento, focus group su specifici temi, sperimentazione di gruppi di lavoro misti ecc. attraverso cui creare un clima incentrato sul confronto aperto e diretto tra responsabili e collaboratori), sia sull'intenso utilizzo di tecnologie informatiche e banche dati che velocizzano il trasferimento di informazioni migliorando la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa.

5.5 - La centralità del personale

Nelle ASL, come nella stragrande maggioranza degli enti pubblici, il rapporto con gli operatori è spesso circoscritto all'assegnazione di mansioni e orari; il responsabile del personale se ne occupa prevalentemente dal punto di vista amministrativo e sono completamente assenti quindi adeguate politiche di gestione del capitale umano.

Eppure in ambito sanitario, più che in qualsiasi altro ambiente di lavoro, la qualità delle prestazioni dipende strettamente da motivazione, dedizione e impegno del personale: **le risorse umane sono la componente del sistema in grado di "fare la differenza"**.

E' imprescindibile quindi, per una sanità dalla parte dei cittadini, **l'introduzione di politiche del personale** che riguardino tutte le figure professionali presenti all'interno delle ASL. Non ci può essere miglioramento senza dialogo e riconoscimento reciproco.

Il dialogo va declinato sia dall'alto, da parte dei vertici aziendali verso i collaboratori dei vari livelli, sia in una dimensione orizzontale all'interno dei reparti e tra strutture. Per creare nuovi servizi o per riqualificare quelli già esistenti, per esempio, è necessario **ripensare l'organizzazione insieme agli operatori** al fine di verificarne ex ante la fattibilità e condividerne la *mission*.

Il **riconoscimento reciproco**, ognuno per il proprio ruolo all'interno del sistema per la salute, è inoltre la premessa per una maggiore responsabilizzazione nell'erogazione dei servizi e passa necessariamente attraverso i meccanismi di valutazione e riscontro di professionalità, produttività e merito in maniera trasparente.

La cittadinanza attiva chiede esplicitamente che si vada in questa direzione con una netta inversione di rotta rispetto alle pratiche correnti.

5.6 – Il bisogno di trasparenza tra pubblico e privato

Il rapporto tra sistema pubblico e strutture private richiede una regolazione esplicita e più attenta per quanto riguarda i costi, le tariffe, il raggio dell'offerta (pronto soccorso, rianimazione, ecc.) e soprattutto i meccanismi, che conducono spesso con eccessiva facilità a ripiegare sul privato, tra i quali vanno considerati anche i "suggerimenti" di alcuni medici operanti in strutture pubbliche.

Dal processo partecipativo emerge inoltre che **i cittadini non si sentono garantiti dal governo clinico** le cui professionalità sono distorte dai conflitti di interesse nei casi di:

- medico specialista che opera nella struttura sanitaria, sia come dipendente pubblico negli orari di ambulatorio, sia come privato negli stessi locali,
- oppure che opera in una clinica privata convenzionata dividendo il proprio tempo tra attività di ambulatorio convenzionato e libera attività di ambulatorio privato,
- oppure che opera sia in ospedale che in clinica privata.

Emerge quindi il bisogno di un diverso equilibrio tra pubblico e privato che passa attraverso una **integrazione più efficace e sostenibile tra i due poli**. Sta alla politica stabilire il come, anche se il politico tende a definirlo entro la dimensione di un sistema chiuso cioè un sistema che nasce dalla compenetrazione del governo politico con il governo clinico, mentre la richiesta della cittadinanza attiva è quella di stabilire questi criteri all'interno di un sistema aperto che preveda la compenetrazione del governo politico con la fonte della sua legittimazione: la cittadinanza.

5.7 - La domanda di eccellenza

Dalla cittadinanza attiva emerge una chiara domanda di eccellenze in vari ambiti prioritari, che riguardano ampie fasce della popolazione, ma anche con riferimento a specifiche patologie; si tratta di **domande che non possono essere soddisfatte negli ospedali così come sono oggi organizzati**, poiché richiedono strutture e personale specializzato. Ci si riferisce, per esempio, alle patologie spina bifida e idrocefalo, tumori sviluppati in connessione con l'inquinamento prodotto dall'amianto, sclerosi multipla, fibrosi cistica e malattie metaboliche che il Piano trascura. La mancanza di queste strutture determina la necessità viaggi faticosi e onerosi, per i pazienti e per le famiglie, anche fuori dalla Puglia.

Si propone inoltre di affrontare il **tema del dolore** che, per alcune persone, è invalidante tanto da pregiudicare completamente la qualità della vita. Il nuovo piano regionale di salute non considera questo problema che dovrebbe invece trovare la giusta attenzione, "sia esso benigno che maligno", con la stessa competenza e disponibilità. Questa realtà da tempo inclusa nella programmazione nazionale dovrebbe prevedere accanto alla figura dell'algologo, che si occupa del trattamento del dolore cronico benigno e maligno, la figura dell'anestesista rianimatore, competente di farmacologia del dolore e di tecniche anestesiológicas finalizzate, in maniera sistematica, al trattamento del dolore acuto, sia traumatico sia postoperatorio.

Molte sollecitazioni provenienti dagli operatori rilevano che all'interno del Piano Regionale di Salute manca un'attenzione specifica alla **salute del bambino**. I bisogni di degenza degli adulti non possono essere sovrapposti a quelli dei bambini e pertanto, nell'attività di pianificazione, si devono considerare in maniera distinta i nosocomi pediatrici. Si parla da tempo in Puglia della realizzazione di un polo materno infantile che però rischia di non avere l'atteso sviluppo in assenza di investimenti per apparecchiature e personale.

I cittadini sembrano più avanti, rispetto agli amministratori locali, nella **disponibilità a puntare su ospedali sicuri e di qualità**, perché opportunamente attrezzati, piuttosto che su molti ospedali che mancano di personale e di strumentazioni importanti.

Nei contributi dei cittadini, che sono disponibili ad abbandonare atteggiamenti di "campanilismo degli ospedali", è però ben presente la consapevolezza che efficaci politiche socio-sanitarie devono garantire **l'accessibilità alle strutture** con adeguati servizi di trasporti, mobilità, comunicazione, alloggio e ospitalità.

Manca inoltre nel piano ogni riferimento alla ricerca ed alla innovazione in sanità, così come di un adeguato programma di informatizzazione dell'attività clinica.

6. UN SISTEMA DI VALUTAZIONE CHE PRODUCA CAMBIAMENTO

I cittadini constatano che non c'è alcun controllo effettivo sulla qualità dei servizi sanitari; sanno che vengono adottati diversi sistemi di valutazione, ma non ne conoscono gli sviluppi e soprattutto non ne rilevano alcun effetto. In un ambito in cui "si decide" della vita delle persone, **la valutazione non può essere solo un iter burocratico** e formale basato su parametri di natura prettamente amministrativa; nei processi attualmente utilizzati manca probabilmente l'orientamento alla verifica dei risultati.

E' necessario invece entrare nel merito dei meccanismi di funzionamento delle diverse articolazioni del sistema sanitario e rilevarne le criticità su cui intervenire con strategie ad hoc per produrre cambiamenti incisivi.

Tale problema è sentito anche dagli operatori sanitari che denunciano, in alcuni casi, la scarsità di personale e, molto più diffusamente, l'assenza di un adeguato sistema di valutazione della qualità delle prestazioni. Questo provoca una profonda demotivazione, trasversale alle figure professionali, generata in particolar modo dalla **manca di sistemi di premialità** che consentano di riconoscere le professionalità esercitate e le disponibilità ad assumere oneri e disagi come nel caso della turnazione.

Gli effetti di tali carenze influiscono sul contesto ambientale e si riverberano pesantemente sulla condizione di fragilità degli utenti.

Per introdurre un'inversione di tendenza in questo ambito, è necessario quindi attuare **cambiamenti radicali nel processo di controllo e valutazione** anche attraverso:

- l'istituzione obbligatoria, in ogni struttura sanitaria, di processi di **rilevazione della qualità dei servizi da parte dei pazienti** di cui tenere conto nelle fasi di valutazione;
- coinvolgimento delle associazioni di cittadini nella valutazione dei servizi, delle prestazioni e delle strutture attraverso l'adozione sistematica dell'**audit civico**;
- progettazione e attuazione di un metodo di "**controllo collaborativo**" della qualità dei servizi, affidandone la responsabilità ai referenti degli URP aziendali. Tale scelta deriva dalla considerazione che i referenti URP, nel loro ruolo di interfaccia con i cittadini, hanno piena consapevolezza delle criticità più ricorrenti e, in quanto funzionari interni all'azienda, ne conoscono le procedure e possono quindi intervenire per produrre i cambiamenti attesi attraverso iniziative di raccordo tra gli operatori e di stimolo alla soluzione dei problemi;
- istituzionalizzazione della **carta servizi qualitativa**, periodicamente aggiornata, che contenga anche informazioni sugli standard di qualità, programmi, meccanismi di verifica degli impegni presi con i cittadini in termini di efficienza ed efficacia servizio;
- l'introduzione di collegamenti diretti tra qualità professionale rilevata e **retribuzione di risultato** per i dirigenti di vertice;
- l'assunzione di **scelte coraggiose**, dando seguito in maniera concreta e percepibile, ai risultati delle valutazioni effettuate.

7. DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO: VERSO UNA NUOVA CONSAPEVOLEZZA

Allo stato attuale gli ospedali sono gli unici punti di riferimento riconosciuti e praticati dalla stragrande maggioranza dei cittadini che rivolgono a questi presidi la loro indistinta domanda di salute. Spesso gli ospedali svolgono attività relative ad analisi cliniche e controlli periodici che potrebbero essere tranquillamente erogate presso gli ambulatori territoriali.

Questo dipende da due classi di motivazioni; la prima riconducibile alla mancanza di informazione sulla localizzazione e sulle prestazioni degli ambulatori, la seconda ascrivibile all'inadeguata funzionalità degli stessi dato il consolidato orientamento delle politiche sanitarie a privilegiare gli investimenti verso gli ospedali piuttosto che verso il territorio.

I cittadini si dichiarano invece interessati al **potenziamento dei servizi sul territorio** con particolare riguardo all'assistenza domiciliare integrata (ADI) che è ritenuta una tappa strategica verso la **deospedalizzazione** oltre che un fattore determinante per il rispetto di sensibilità e privacy dell'assistito. Tale servizio è imprescindibile soprattutto per pazienti terminali e cronici gravi, in quanto consente l'intervento dei medici di medicina generale e soprattutto del personale infermieristico e riabilitativo mantenendo l'organizzazione di equipe sanitaria. Tali attività, soprattutto le ultime due, attualmente ricadono con gravi oneri economici sulle famiglie.

Altrettanto sentita è la richiesta di attivazione di **residenze sanitarie assistenziali (RSA)**, che in varie zone della regione sono completamente assenti, lasciando senza risposta la domanda di assistenza continuativa, anche se circoscritta nel tempo, per tutti i soggetti che ne hanno bisogno.

La cittadinanza attiva condivide e apprezza il progetto di "**Casa della Salute**", già previsto dal Ministero della Salute, da realizzare sul territorio come punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi. La diffusione di tale progetto risponde esattamente alla domanda di continuità assistenziale e terapeutica nell'arco di tutta la settimana e contribuisce alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie garantendo le condizioni per lo sviluppo di attività interdisciplinari tra medici, specialisti e infermieri. La Casa della Salute è in grado di assicurare l'organizzazione e il coordinamento delle azioni da attivare sul territorio individuando le sedi di volta in volta più idonee inclusi il domicilio e il contesto sociale dei singoli cittadini.

Le famiglie con soggetti disabili pongono con forza la richiesta di **spazi-strutture adeguati all'accoglienza diurna** e alla erogazione di attività riabilitative, terapeutiche, sociali e ricreative non frammentati sul territorio, soggiorni vacanza a misura del disabile e delle famiglie, possibilità di movimento nello spazio urbano ed extraurbano (abbattimento di barriere architettoniche, adeguamento dei mezzi di trasporto pubblico) oltre a maggiore spazio per la disabilità in tutti i contesti del vivere sociale: il mondo dell'informazione, le nuove tecnologie, la cultura, la scuola, la politica, il mondo del lavoro.

Un altro problema posto dai cittadini attiene al fatto di non poter essere seguiti dallo stesso specialista, nelle strutture pubbliche (ove le visite non si effettuano a pagamento); per visite e controlli si è a fronte di medici che cambiano, che non conoscono il caso (ai quali dunque bisogna ridare tutte le informazioni) e con i quali bisogna instaurare un nuovo rapporto.

E' necessario che ci sia quindi una **continuità assistenziale** a partire dal territorio; solo in tal modo sarà possibile innovare l'assetto organizzativo dei servizi ospedalieri lasciando a questi ultimi la cura delle acuzie ed attuando una più adeguata redistribuzione della domanda di cura. In tale ambito un'associazione suggerisce un modello di gestione integrata tra medico di medicina generale ed operatori sanitari specializzati per la valutazione clinica e la cura della patologie tiroidea, acuta e cronica. Tale organizzazione avrebbe come obiettivo primario la creazione di una **Rete di Ambulatori Territoriali**, in cui operi un "team specialistico endocrinologico" (infermiere dedicato ed medico endocrinologo) che si interfacci con le Unità Operative Endocrinologiche Semplici e/o Complesse, nella logica d'interazione tra macrosistema (Regione o Azienda) e microsistema (Servizi) per costruzione di un percorso assistenziale.

Va superata la concezione dei territori come "destinatari passivi" di interventi e scelte localizzative, sperimentando nuove formule organizzative che vedano un'interazione effettiva tra strutture e popolazioni, secondo un'idea di sussidiarietà orizzontale in grado di valorizzare i potenziali endogeni di risorse territoriali – reti associative, informali, competenze e saperi locali, istituzioni - all'interno di processi di progettazione di obiettivi e di monitoraggio degli effetti attesi.

7.1 - La rivitalizzazione dei Consultori Familiari (CF)

Le funzioni del CF non si esauriscono nell'ambito del profilo medico, ma vanno invece declinate anche in area pedagogico-relazionale, giuridica, psicologica, di mediazione familiare.

Per la multidisciplinarietà che li contraddistingue e per il loro orientamento alla promozione della salute piuttosto che alla cura, **i CF sono quindi i servizi che maggiormente possono influire sul "cambiamento di rotta" della politica sanitaria di genere.**

Nei fatti, i CF, nonostante siano nati come servizi di prima istanza per la promozione della salute delle donne, vengono considerati come servizi di "serie B" rispetto agli ambulatori privati o ospedalieri; la gratuità, che è garanzia di accessibilità ed equità, è stata vissuta come indice di scarsa qualità delle prestazioni, di minore qualificazione dei suoi operatori e quindi di servizi utilizzati solo da coloro che non hanno la possibilità economica di rivolgersi al privato.

Nella nostra regione, dalle statistiche, emerge il ricorso massiccio al privato e parallelamente l'inefficienza dei servizi consultoriali. Non è un caso che **la Puglia nel 2005 è stata la regione italiana con il più alto tasso di Tagli Cesarei (TC)** dopo la Campania; si è attestata sul 45,6% in un trend in costante ascesa. Queste percentuali sono in parte dovute alla inadeguatezza dei percorsi e dei servizi offerti alle gestanti. E' dimostrato che seguire un corso di accompagnamento alla nascita è propedeutico alla demedicalizzazione e quindi alla riduzione dei TC; nell'Italia meridionale solo il 12,7% delle donne lo frequenta, e l'offerta attiva che i CF dovrebbero offrire, si realizza in realtà in maniera sporadica e spontaneistica.

I cittadini segnalano che spesso le sedi dei CF sono inadeguate, gli **orari non conciliabili con i tempi di vita delle donne** e degli adolescenti, gli organici non completi; molti CF hanno medici ginecologi in servizio per poche ore settimanali e sono sotto organico come numero di ostetriche.

Mancano, in ogni caso, **criteri di verifica** da utilizzare per valutare le azioni intraprese dai CF in termini di impatto sulla popolazione; infatti gli interventi non possono essere ritenuti validi in sé, ma in quanto producono un risultato valutabile sulla popolazione generale. Questo richiede però l'assegnazione di obiettivi omogenei sul territorio e realmente verificabili.

Per una riorganizzazione e riqualificazione dei CF, è necessario:

- inserire nel Piano della Salute Elettronica la possibilità di **prenotazione diretta di prestazioni da parte dei CF**, degli studi/ambulatori dei medici di medicina generale e delle strutture distrettuali poliambulatoriali, al fine di semplificare le procedure di accesso ai servizi anche per le donne;
- ridiscutere e approvare rapidamente il progetto di legge sui CF per restituire dignità a tutte le professionalità presenti nell'equipe e ristabilire le modalità di attuazione e verifica degli interventi consultoriali;
- statuire che l'offerta attiva delle équipes consultoriali preveda la programmazione di attività esterne nei luoghi di maggiore aggregazione delle donne (scuole, fabbriche) e nelle aree di maggiore fragilità (carceri);

- **coinvolgere i CF nei Piani sociali di zona**, all'interno della "rete formale" attualmente limitata a soggetti ASL e Comuni, considerato che sono stati istituiti come espressione della società civile proprio allo scopo di integrare i servizi sociali e quelli sanitari, a misura delle persone e delle famiglie;
- collocare le sedi Consultoriali in luoghi separati da distretti socio sanitari e da ospedali;
- prevedere orari di apertura dei CF conciliabili con i tempi di vita delle donne e dei giovani;
- organizzare la formazione continua del personale, prevista dalla legge, mirata ai Progetti di Piano;
- far espletare il tirocinio dei futuri operatori della sanità sia sul territorio che nelle strutture ospedaliere (Protocolli di intesa con Università);
- promuovere **corsi di formazione integrati** (Medici di Medicina Generale, CF, Presidi Ospedalieri,) sulla tutela dei diritti delle donne in gravidanza all'interno dei luoghi di lavoro e rispetto ai rischi connessi;
- prevedere che i CF accompagnino le donne nell'intero percorso assistenziale dal momento della richiesta di interruzione volontaria di gravidanza fino al follow up dopo l'intervento, garantendo omogeneamente la possibilità per la donna di compiere una scelta informata;
- istituire uno **sportello giovani** in orari di apertura dedicati, una linea telefonica per ASL e un sito internet dedicato agli adolescenti che garantiscano l'ascolto e l'eventuale risposta rispettando l'anonimato;
- garantire la cessione gratuita nei CF dei contraccettivi in generale e della contraccezione d'emergenza in particolare;
- prevedere l'insegnamento dei metodi di regolazione naturale della fertilità nei CF e nei diversi Presidi socio-sanitari dedicati allo sviluppo della procreazione responsabile, in particolare per gli adolescenti, garantendo parità di accesso a tutti i metodi contraccettivi di alta qualità nonché a sistemi per promuovere la consapevolezza della fertilità.

Al fine di realizzare un ampliamento dei servizi erogati e una integrazione delle esperienze maturate finora nei CF, è possibile, con la collaborazione delle associazioni, studiare una distinzione di compiti fra i diversi consultori, in base alle competenze presenti negli stessi e alle diverse richieste degli utenti (ambito psicosociale e relazionale o ambito socio-sanitario).

7.2 - La ridefinizione del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG)

Circa la problematica dei medici di base, i cittadini ne rilevano il cambiamento di ruolo; si è passati dal "medico di famiglia" al "medico di medicina generale" con tutto ciò che il cambiamento di denominazione suggerisce. Negli anni passati i medici di base rispondevano più complessivamente alla domanda di salute dell'intera famiglia sia attraverso visite domiciliari, sia con prestazioni sanitarie erogabili ambulatorialmente e mantenendo i contatti con l'assistito anche durante l'eventuale ricovero ospedaliero. Attualmente questo non succede più.

C'è una frattura tra strutture sanitarie e medici di medicina generale, infatti:

- gli operatori ospedalieri lamentano la **scarsa disponibilità a collaborare**, l'eccesso di prescrizioni e controlli talvolta non corrispondenti ai bisogni reali, il rinvio al pronto soccorso e ai medici specialisti anche per prestazioni che potrebbero essere erogate personalmente;

- i medici di medicina generale ritengono che la propria **professionalità si stia gradualmente burocratizzando** a fronte dell'incremento generale della domanda di salute, a cui non riescono a far fronte, ed in particolare a fronte dell'aumento della popolazione anziana che richiede un'attenzione costante e più frequente.

Perché il ruolo dei medici di base sia più rispondente alle loro stesse aspirazioni, nonché alle aspettative di pazienti e medici ospedalieri, è necessario **approfondire le cause dell'attuale empassa** e introdurre elementi innovativi che tengano conto delle mutazioni del contesto.

Considerata, per esempio, la diversa densità di assistenza richiesta dagli anziani, si potrebbe ipotizzare una diversificazione della quota pro capite, percepita dai medici di medicina generale, in base all'età degli assistiti.

All'interno del processo partecipativo è emersa anche la necessità di dare impulso all'attivazione di **ambulatori dedicati alla salute degli adolescenti** da parte di Medici di Medicina Generale tenendo conto dell'ultimo Accordo Regionale con MMG del 8/10/2007.

A detta dei cittadini, i medici di medicina generale possono avere un ruolo importante nella semplificazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie effettuando personalmente le necessarie prenotazioni. Viene proposto quindi il loro inserimento nella rete telematica dei centri di prenotazione.

8. SANITÀ E DIFFERENZA DI GENERE

La salute è prima di tutto salvaguardia del benessere psichico, fisico, sociale e ambientale e non solo cura della malattia. **Per le donne, il benessere ha sue specificità legate al genere, all'età, al ruolo sociale e alla sfera riproduttiva.**

L'omologazione fra i diversi bisogni di salute dell'uomo e della donna, rappresenta l'esempio più immediato e diretto della permanenza, nel nostro paese e nella nostra Regione, di elementi di disuguaglianza nella tutela del diritto alla salute sancito dalla Costituzione.

Per il ruolo sociale che la vede, ancora oggi, principale responsabile nella famiglia-casa, la donna si differenzia dall'uomo per un **minore ricorso all'ospedalizzazione** e una maggiore fiducia in diagnosi e cure più "leggere" anche se non sempre più efficaci.

Accade che momenti del tutto fisiologici nella vita femminile come l'adolescenza, la sessualità, la riproduzione, la maturità, la terza età, possono divenire fortemente patologici, in assenza di livelli minimi di attenzione o per **eccessiva medicalizzazione**.

Così come l'allungamento della vita media, la ritardata fase di riproduzione, l'inadeguato ricorso alla contraccezione e la tensione verso modelli estetici imposti dai mass media pongono, con evidenza crescente, nuove problematiche di genere che derivano dalla mancata prevenzione o dalla sottostima di potenziali rischi e producono un aumento dei costi sociali, economici e personali.

E' indispensabile quindi una "rivisitazione" dei tempi-modi-luoghi che riguardano la salute delle donne.

8.1 - La tutela della salute in tutte le fasi della vita

La salute delle donne è stata definita come l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche per la salute in quanto coinvolge anche la qualità del modello sociale di riferimento.

In particolare, la salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva e differenti a seconda delle diverse fasi della vita, che riguardano sia la diffusione di fattori di rischio che l'incidenza di malattie e di disabilità.

Si riportano di seguito le proposte emerse dal processo partecipativo:

Fase Neonatale ed infantile

Per rendere più efficaci le campagne vaccinali, il Piano deve prevedere un'adeguata informazione rispetto all'utilità dei vaccini ed all'importanza della tempestività anche attraverso il **coinvolgimento trasversale degli operatori** delle divisioni di neonatologia e pediatria, nonché mediante i pediatri di famiglia, i pediatri consultoriali e i mass media. E' opportuno inoltre informare e formare i genitori ai fini del rispetto della sessualità sin dalla nascita indicando i giusti comportamenti da assumere.

Dall'infanzia all'adolescenza

Occorre attivare protocolli operativi integrati che possano prevedere corsi di informazione e formazione del personale docente e successivo **coinvolgimento della famiglia**, in parallelo con l'informazione e formazione dei ragazzi preadolescenti. Mentre è opportuno affidare l'informazione e la formazione agli operatori consultoriali verso la fascia adolescenziale.

Alimentazione e Disturbi della condotta alimentare

Va programmata l'istituzione obbligatoria di un **Centro dei disturbi delle condotte alimentari** in ogni ASL, dove interagiscano medici, psicologi, dietisti, endocrinologi ecc. operanti in modo integrato tra loro.

Informazione su adeguati stili di vita

I cittadini propongono la promozione della salute con il metodo dell'empowerment, attraverso protocolli d'intesa tra Scuola ed ASL per l'attuazione di formazione continua.

Prevenzione AIDS

Ripristino Commissione Regionale AIDS in applicazione alla Legge n°135 /90.

Fasi: Riproduttiva e non, Puerperio e depressione postpartum, Contraccezione, Prevenzione dei tumori femminili e prevenzione osteoporosi.

E' opportuno realizzare:

- 1) L'Attuazione completa del Progetto Materno Infantile D. M. 24/04/2000 e quindi la Riorganizzazione dei Consultori secondo la suddetta normativa (sedi adeguate, personale formato e qualificato) e con individuazione precisa delle competenze. Elaborazione di protocolli operativi tra i Consultori e le restanti strutture aziendali ed interistituzionali di riferimento (Presidi ospedalieri, Dipartimenti, Enti locali, Tribunali dei Minori ecc.).
- 2) **Realizzazione di un Centro Donna in ogni Distretto**, o per lo meno ogni 100.000 abitanti, per la prevenzione del carcinoma mammario, per il trattamento della menopausa, test HIV e prevenzione di tutte le malattie sessualmente trasmesse. Il Centro Donna andrebbe integrato con il Centro Antiviolenza ed il Centro del Bambino Maltrattato (almeno uno per ASL). Con entrambi i Centri sarebbe opportuno far collaborare i Comitati di organizzazioni femminili che svolgono una funzione permanente di stimolo delle politiche socio - sanitarie rivolte alla donna.
- 3) Sono indispensabili protocolli operativi chiari di collegamento che prevedano prenotazione diretta all'interno dei percorsi tra Ospedale e Territorio rispetto a: IVG, Percorso nascita e Monitoraggio della menopausa.
- 4) Inserimento obbligatorio della cultura del rispetto della diversità di genere a partire dalla 5° elementare con implementazione dei principi con il metodo dell'**empowerment nelle scuole** medie inferiori, possibile solo attraverso una forte intesa tra scuola ed ASL attraverso la realizzazione di protocolli operativi tra dirigenti scolastici e Dirigenti U.O. assistenza consultoriale.
- 5) Realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria con coerenza e **complementarietà dei percorsi assistenziali** previsti dalla Legge n° 19/06, in particolar modo immediata realizzazione delle "porte unitarie di accesso" meglio se realizzate con personale integrato (assistenti sociali dei servizi sociali e operatori distrettuali).
- 6) Attivazione e verifica dei Piani di Zona e produzione di linee guida chiare dell'Assessorato alla Salute alle ASL, sui percorsi operativi, le risorse di personale e finanziarie disponibili e la realizzazione di Strutture qualificate, dedicate all'integrazione sociosanitaria.
- 7) Diritti della donna e promozione della **salute negli ambienti di lavoro**. Applicazione normative vigenti e Consulenza ai Componenti le Commissioni Pari Opportunità e Mobbing.

8.2 – La gravidanza voluta, non voluta e desiderata

L'affermazione del nuovo concetto di salute, inteso non più come assenza di malattia, ma come promozione del benessere, ha portato molti cambiamenti in ambito sanitario, tanto più significativi per le donne e particolarmente per la sfera riproduttiva proprio perché la riproduzione si iscrive nel campo della fisiologia; la gravidanza e la nascita sono eventi del tutto naturali sebbene attualmente sempre più rari.

E' statisticamente dimostrato che i tassi di fertilità nel nostro Paese sono in diminuzione; **l'Italia è tra i paesi a più bassa natalità** (1,33 figli/donna), le donne italiane affrontano la maternità sempre più tardi

(29 anni in media) e con un contributo sempre più crescente (4,6%) di donne over 40. Molte sono le implicazioni socioeconomiche alla base di questa evoluzione tra cui il rischio di perdere il lavoro, le difficoltà economiche e la fatica di conciliare la vita lavorativa con quella familiare.

A ciò si aggiunge il fatto che il percorso riproduttivo ha subito, nel corso degli anni, una medicalizzazione rafforzata dallo sviluppo delle biotecnologie che stanno generando un'espansione di pratiche diagnostiche fortemente remunerative, tanto più se abusate o inappropriate, e causando l'esplosione dei costi economici relativi.

Alcune pratiche mediche sono opportune e indicate, ma tutto ciò che non ha una base scientifica paradossalmente può aumentare significativamente i rischi anziché contenerli; una per tutte la esagerazione nel numero dei tagli cesarei.

La medicalizzazione del processo della nascita rappresenta l'esasperazione della medicina predittiva e della medicina difensiva e produce la perdita del controllo da parte delle donne sul loro stato di salute: viene indotto un senso di inadeguatezza e incompetenza verso le donne, considerate soggetti "deboli" e da mettere sotto la tutela degli esperti (i medici), ovviamente remunerata. Questo modo di procedere va contro il modello sociale di salute che si è andato affermando negli anni e che si basa proprio sull'empowerment, cioè sulla valorizzazione delle competenze che già i soggetti, le donne in questo caso, hanno.

Certo non si vuole disconoscere il valore delle nuove tecnologie, che consentono di diagnosticare e intervenire riducendo l'incidenza di una serie di patologie delle donne e dei neonati, ma quello che si contesta è il loro uso eccessivo e inappropriato.

Tornando alla nostra realtà va detto che, da tutto questo processo di medicalizzazione della gravidanza e del parto, è scaturito quello che in certi momenti assume le caratteristiche di un **vero e proprio business che gira intorno alla gravidanza e al parto**: per la gravidanza, il 70% delle donne si rivolge a ginecologi privati o a ginecologi ospedalieri, che svolgono anche attività privata, con aggravio dei costi causato spesso dall'esagerato ricorso ad esami e ricoveri talvolta inappropriati.

A riprova di ciò, mentre le linee guida internazionali (OMS) e nazionali (Ministero) raccomandano, nella gravidanza fisiologica, l'esecuzione di 3 ecografie, è dimostrato, invece, che alle donne seguite dai ginecologi privati, pur sempre con gravidanze fisiologiche, vengono prescritte fino a 7 ecografie (naturalmente eseguite nello studio privato) e arrivano al TC in maggiore percentuale rispetto alle altre.

Le donne chiedono che i Consulenti Familiari (CF) vengano riqualificati e diventino soggetti attivi verso la demedicalizzazione del percorso di nascita. Ad esempio, le campagne di promozione dell'allattamento materno devono vedere i CF in prima linea per riportarlo a consuetudine consolidata. Tutti gli studi dimostrano il valore eccezionalmente positivo dell'allattamento al seno e non si comprende come per tanti anni questa pratica sia stata, nei fatti, scoraggiata. Analisi e proposte più complessive in merito ai CF, così come emerse dal processo partecipativo, sono state riportate, in questo documento, all'interno del capitolo 7 dedicato all'organizzazione dei servizi sul territorio.

Nel momento della ospedalizzazione si sommano sovente una serie di fattori ambientali e relazionali negativi quali i comportamenti degli operatori, l'eccessivo "traffico" delle sale travaglioparto, la "costrizione" delle donne in "situazioni obbligate" (CTG in continuo, posizioni del parto comode per gli operatori ma non per la donna), il digiuno prolungato, l'episiotomia routinaria etc. E' dimostrato che tutti questi fattori amplificano la percezione del dolore e certo non contribuiscono alla serenità della donna inducendo, anche spesso i medici a prendere decisioni non ponderate.

In questo quadro si innesta la fruizione delle metodiche di **partoanalgesia** che devono essere disponibili in modo equo per tutte le donne che ne abbiano necessità o ne facciano richiesta, senza trascurare di modificare la relativa organizzazione dei reparti e delle sale da parto.

Rispetto alle problematiche relative alla maternità responsabile, bisogna analizzare le motivazioni per cui **la Puglia è la terza regione in Italia per numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)**. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che, nella prima applicazione della Legge 1978, la gran parte degli interventi è stata eseguita all'interno di strutture private convenzionate anche per la massiccia dichiarazione di obiezione di coscienza dei ginecologi dei servizi pubblici.

Questa impostazione trascura in toto la prevenzione del fenomeno di cui non si occupano le strutture private che offrono alle donne solo l' "estrema ratio" dell'intervento. Il passo successivo da compiere, oggi, è quello di adeguare la struttura pubblica, di "riportare" gradualmente nel pubblico le IVG offrendo anche a tutte le donne la possibilità di scegliere il ricorso alle metodiche non chirurgiche di IVG.

Ancor più difficile è la situazione delle donne che hanno difficoltà ad ottenere una gravidanza naturalmente e che hanno bisogno di accedere alle tecniche di PMA (Procreazione medicalmente assistita). Nella regione Puglia sono stati accreditati 8 Centri dei quali solo 2 sono pubblici. Parallelamente si è sviluppata la "**migrazione**" delle coppie, verso i centri esteri, soprattutto delle coppie portatrici di malattie genetiche alle quali non è consentito fare la diagnosi preimpianto.

Ci sono grandi potenzialità insite nell'azione del servizio consultoriale in termini di demedicalizzazione della gravidanza e del parto, di prevenzione di fenomeni sociali come l'IVG con tutte le conseguenze che comporta, di emersione delle denunce di violenza sessuale e maltrattamenti, di prevenzione delle depressioni postpartum, di screening delle situazioni a rischio per i minori, di integrazione ed accoglienza delle diversità anche di orientamento sessuale, di integrazione sociosanitaria delle donne immigrate. C'è insomma una ricchezza di progettualità e professionalità che va valorizzata cogliendo l'opportunità del processo partecipativo per lavorare insieme e ottenere i risultati attesi.

Concretamente le donne propongono, rispetto al tema della "gravidanza voluta", di mettere in atto un "percorso virtuoso" attraverso i seguenti passi:

- Formazione comune degli operatori delle strutture territoriali e dei presidi ospedalieri per condividere le linee guida e realizzare un'indispensabile **progettazione operativa integrata**;
- Considerare **l'umanizzazione del percorso nascita** non come opzione etica ma come opzione scientifica;
- Ottemperare alla **riduzione dei tagli cesarei** attraverso il progetto già in essere e completandolo con il raccordo con le strutture territoriali;
- Sostenere con forza il progetto per la **partoanalgesia** già in essere affinché sia offerta a tutte le donne la possibilità di usufruirne;
- Tutti i Consultori familiari sul territorio regionale devono assicurare l'offerta attiva dei **corsi di accompagnamento alla nascita**, dall'epoca preconcezionale al puerperio, non con interventi direttivi, ma rafforzando le conoscenze e le competenze delle donne;
- Contribuire a **far superare le difficoltà economiche, sociali, familiari che inducono all'IVG** una gestante che desidererebbe portare a termine la gravidanza in applicazione;
- Istituire negli Ospedali una unità operativa a sostegno della donna e del bambino concepito, utilizzando le esperienze di volontariato operanti nel territorio;
- prevedere a livello legislativo, di un finanziamento certo e continuativo nel tempo, per almeno 24 mesi dal 3° mese di gravidanza, per ogni bambino nato a fronte di un aborto rifiutato, che possa consentire alla mamma di assicurargli una migliore sopravvivenza;

- Promuovere l'adesione del maggior numero di centri ospedalieri possibile al **Progetto "Ospedale amico del Bambino"** che prevede tutte le norme relative alla promozione;
- Considerare la persistenza dell'**allattamento al seno** come indicatore privilegiato per valutare l'efficacia dei servizi di family planning;
- Promuovere corsi di formazione integrati (MMG, C.F., Presidi Ospedalieri,) sui diritti di tutela delle donne in gravidanza, relativamente ai luoghi di lavoro ed ai rischi ad essi connessi;
- Riconoscere nel lavoro insalubre uno dei rischi per la salute della donna e del nascituro (movimentazione carichi, sostanze chimiche, etc) e sorvegliare che gli SPESAL (Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) vigilino sulla corretta applicazione della Lg. 151/01;
- Importante appare l'attenzione ai CEDAP (Certificato di assistenza al parto) per valutare i bisogni di genere e conoscere le condizioni di lavoro che in Puglia producono eventi patologici per le donne.

Rispetto al tema della "gravidanza non voluta", si propone il rafforzamento della legge 194 e la sua applicazione corretta e integrale attraverso le seguenti azioni:

- individuare **una Unità Operativa (UO) per ciascuna ASL provinciale che si faccia carico delle IVG** e che garantisca la disponibilità e applicabilità dell'aborto farmacologico per le IVG già previsto dalla legge 194. Controllare che i servizi siano in grado di rispondere alla necessità di IVG a scopo terapeutico oltre i 90 gg, garantendo alle donne una adeguata copertura del dolore;
- mettere in condizione i Consultori Familiari di fare affluire direttamente le donne all'UO del presidio ospedaliero di riferimento ossia inserire i CF nel Piano per la Sanità elettronica;
- fare una ricognizione aggiornata della situazione dell'obiezione in Ospedale e Consultorio;
- tutti i CF sul territorio regionale devono provvedere a seguire tutto il percorso relativo dal momento della richiesta della donna al follow up dopo l'intervento;
- nell'attesa che per l'IVG si realizzi la maggiore risposta del servizio pubblico, sarà necessario vigilare perché anche i centri convenzionati siano collegati con i servizi territoriali attraverso un percorso CF-ospedale-CF;
- come alternativa estrema all'IVG, pubblicizzare la **possibilità di partorire in anonimato** per destinare il neonato all'adozione, formula che già è normata, ma viene poco utilizzata anche per scarsa conoscenza da parte dei cittadini;
- tutti i CF e le strutture sanitarie distrettuali dovranno elaborare **programmi di intervento in tutte le scuole** previa formazione del personale che opportunamente potrebbe essere realizzata attraverso Progetti obiettivi programmati congiuntamente con gli Assessorati alla Salute, alla Solidarietà e al Diritto allo Studio utilizzando gli indicatori di verifica previsti dalla normativa vigente;
- stilare un Protocollo di intesa fra CSA regionale, tutte le scuole e Assessorato alla Sanità per realizzare progetti stabili di **educazione alla affettività e alla sessualità nelle scuole** da destinare a docenti, genitori, e ragazzi;
- garantire la cessione gratuita nei CF dei contraccettivi in generale e della contraccezione d'emergenza in particolare.

Rispetto alla "gravidanza desiderata", stante la situazione attuale dell'accreditamento dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA) si ravvede la necessità di:

- garantire che ci siano centri pubblici per la PMA, che facciano una quantità adeguata di cicli, e forniscano un **servizio di counseling** anche col supporto di associazioni qualificate volto a garantire un più sereno percorso della libera scelta della coppia;
- accreditare prioritariamente centri pubblici (oggi 2 su 8) in possesso dei requisiti, dislocati opportunamente sul territorio;
- riqualificazione dei servizi di PMA alla luce dei registri nazionali. I centri devono poter essere di qualità, con numeri consistenti, e partecipare a programmi multicentrici di ricerca;
- auspicare una revisione delle linee guida nazionali.

8.3 – Prevenire le violenze

I diritti umani di donne e di bambine/i sono inalienabili e parte integrale e indivisibile dei diritti umani universali. La violenza di genere e tutte le forme di molestie e di sfruttamento sessuale, incluse quelle che risultino dal pregiudizio culturale e dal traffico internazionale, sono incompatibili con la dignità e il valore della persona umana (ONU 1993 Conferenza di Pechino).

La violenza degli uomini contro le donne, è purtroppo rimasta quasi "invisibile" fino a tempi molto recenti, non perché fosse tenuta nascosta, ma perché era talmente connaturata con la tradizione, i valori dominanti e le leggi, da passare quasi inosservata, come se fosse un fatto naturale. Questo fenomeno che ha attualmente raggiunto nel mondo proporzioni quasi endemiche, si consuma soprattutto all'interno delle mura domestiche producendo gravissimi problemi come gravidanze indesiderate, aborti procurati, infezioni sessualmente trasmesse, danni all'apparato genitale, sindrome del trauma da stupro, depressione, fobie legate alla reazione dell'ambiente sociale, ansia, aumento o abuso dell'utilizzo di sostanze psicotrope, comportamenti autolesivi.

Anche quando si tratta di donna minorenni o di bambina/o, oltre alla violenza fisica o a quella sessuale, v'è, spesso, un devastante processo giudiziario che inasprisce ulteriormente la condizione di disagio del minore o della donna offesa. Tra l'altro spesso è accertato che il soggetto violento o abusante è persona conosciuta e di fiducia e che un terzo degli abusi sessuali su minori sono commessi da un familiare, che tale abuso persiste spesso per molte settimane o addirittura anni, e spesso si ripete in maniera sempre più grave e invasiva.

La violenza non è solo quella che lascia tracce sul corpo, ma è anche di natura psicologica; sono poche le donne abituate a riconoscere un atto di violenza nella mancanza di rispetto che colpisce la loro identità di persone, nell'insulto, nella critica continua, nell'umiliazione o nella distruzione di mobili, documenti e oggetti particolarmente cari. Vi è inoltre una forma di violenza "economica", che si esercita sulla donna mediante il controllo e la coercizione rispetto alla gestione del lavoro e del danaro.

Anche per tutte le forme di coinvolgimento in attività sessuali senza il consenso della donna, c'è un problema di mancato riconoscimento di atti di violenza perché meno appariscenti e tuttavia non meno gravi, in considerazione della particolarità dell'ambiente nel quale sono praticate e della continuità con la quale vengono esercitate.

Da un'indagine ISTAT è emerso che nel 2006 il 31,9% delle donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni hanno subito violenza fisica (minacce o atti violenti dalle forme più lievi a quelle più gravi) o sessuale (costrizione a fare o subire contro la propria volontà atti sessuali che vanno dallo stupro alle molestie fisiche) nel corso della vita (6 milioni 743mila). Negli ultimi 12 mesi il 23,7% ha subito violenze sessuali, il 18,8% violenze fisiche, (1 milione 150 mila). Circa un milione sono stati gli stupri o i tentati stupri.

La violenza contro le donne è un problema anche di sanità pubblica e deve coinvolgere gli operatori sanitari nella prevenzione del fenomeno e nel trattamento delle conseguenze in termini di danni alla salute fisica e

psichica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha da tempo lanciato un allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio per una serie di patologie di notevole rilevanza per la popolazione femminile.

Si può dire quindi che il fenomeno della violenza sulle donne è attualmente sottovalutato in ambito sanitario. I fattori che contribuiscono alla non visibilità del fenomeno sono, tra l'altro, la mancanza di capacità di ascolto dei problemi delle donne, la mancanza di un modello medico capace di mettere a fuoco le specifiche condizioni di vita femminile e che invece tende a riferire costantemente i malesseri e i disagi delle donne a problemi di tipo biologico, che poco hanno a che vedere con i gli eventi di vita e le relazioni violente.

D'altronde, il dato rilevato dall'Istat riguardo alle persone con cui le donne parlano di una violenza subita tentata o consumata, pone il medico all'ultimo posto (con l'1,5% dei casi), dopo i familiari (32,9%), gli amici (31,4%), i colleghi (4,6%), lo psicologo (4,4%), le forze dell'ordine (3,2%), altri (2,1%), i servizi sociali (1,7%). Ben il 30,6% non ne parla con nessuno.

La violenza meno grave, oggettivamente, può produrre conseguenze sanitarie gravi sulla donna. A livello soggettivo, inoltre, è provato che la gravità percepita della violenza sessuale, da parte della donna, sia in larga misura indipendente dalla violenza fisica adoperata dall'aggressore, ovvero dalle lesioni fisiche eventualmente riportate. Si tratta di una percezione di gravità che, tra l'altro, non viene affievolita dal passare degli anni.

La rilevanza della problematica della violenza alle donne richiede di essere fronteggiato da un impegno congiunto, tanto sul piano politico quanto su quello operativo, delle istituzioni pubbliche e del mondo associativo. Nel corso del processo partecipativo è emerso quanto sia stato fondamentale il riconoscimento alle Associazioni di aver posto all'attenzione del mondo politico e più in generale della società tale grave problema sociale.

Dai primi anni '90 ad oggi, infatti, è stata proprio l'apertura e l'attività delle Case e dei Centri Antiviolenza a far sì che la violenza e il maltrattamento familiare diventassero "degni" di attenzione e si cominciasse a modificare la percezione sociale del fenomeno, nonché gli atteggiamenti e i giudizi consolidati. È auspicabile pertanto sviluppare iniziative pubbliche e private per contrastare a tutti i livelli il fenomeno della violenza: preventivo, conoscitivo, o di sostegno alle vittime di violenza.

Per questo bisogna prevedere azioni, progetti o iniziative riconducibili alle cinque aree d'intervento individuate a livello internazionale come maggiormente significative e prioritarie:

1. Supporto e protezione delle vittime
2. Lavoro con gli aggressori
3. Formazione
4. Ricerca
5. Informazione e sensibilizzazione.

La situazione della Puglia, purtroppo, come è noto, è notevolmente deficitaria da questo punto di vista; i pochi Centri Antiviolenza e Case Rifugio che operano, per la maggior parte gestiti da Associazioni di donne, lo fanno affrontando grandi difficoltà, anche economiche, e scarso riconoscimento. Proprio per questo e con l'auspicio di promuovere e **accrescere l'impegno congiunto sia sul piano politico quanto su quello operativo**, delle istituzioni pubbliche e del mondo associativo è stato costituito il Coordinamento regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio.

Per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza di genere le donne propongono:

- la creazione di **Centri Antiviolenza e Case Rifugio "stabili"** (ci vorrebbe un posto in un Centro Antiviolenza ogni 75.000 abitanti ONU);

- di effettuare indagini statistiche mirate a livello regionale per rilevare il fenomeno della violenza sulle donne e sui minori; non quantificare un fenomeno, non delinearne i confini e le dimensioni esatte, equivale a negarne la realtà effettiva;
- campagne di sensibilizzazione e informazione sulla violenza da effettuare in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private;
- la formazione degli operatori dei Servizi territoriali pubblici e privati da parte dei Centri Antiviolenza (Consultori, Ospedali, Pronto Soccorso, ecc.);
- **interventi di informazione, prevenzione e formazione nelle Scuole**, a cominciare dalle primarie attuate dai Centri Antiviolenza in rete con i Consultori e altre organizzazioni "sensibili" del territorio;
- la produzione di un manuale tascabile quale strumento informativo, di sensibilizzazione per un aumento della consapevolezza della complessità tematica correlata alla violenza per gli operatori degli Ospedali;
- la creazione di uno **sportello antiviolenza**, con la presenza anche di mediatrici culturali per vittime di violenza straniera, presso i Pronto Soccorso principali di ogni città della Regione per offrire accoglienza, ascolto alle donne che presentano caratteristiche di violenza e/o abuso (anche cominciando con uno a livello sperimentale);
- l'istituzione di un **Centro di Soccorso per la violenza sessuale**;
- l'inserimento, nella consueta anamnesi, di domande esplicite su eventuali forme di abuso (violenza di tipo fisico, attività sessuale imposta, altro) in soggetti adulti;
- tutti gli operatori sanitari che prendono in esame sia donne che bambini dovrebbero prestare attenzione a segni di tipo sia fisico che comportamentale e a sintomi associati alla violenza e all'incuria;
- creazione di un Osservatorio regionale o di una Commissione o di una Rete permanente costituita da "esperti" delle istituzioni del pubblico e dell'associazionismo che operi attraverso azioni atte a conoscere, prevenire e contrastare il fenomeno della violenza su donne, minori, vittime della tratta, anziani e immigrate;
- **interventi sugli abusanti.**

8.4 – Contro le discriminazioni per orientamento sessuale

Come è stato efficacemente detto da Margherita Graglia in "Giovani che rischiano la vita", "...lo stato di salute è un equilibrio fra tre dimensioni: biologica, psicologica e sociale. L'eterosessismo presente nella nostra società può interferire con la prevenzione, per esempio può scoraggiare i giovani gay e lesbiche a rivolgersi ai servizi socio sanitari e, nel contempo, le stesse campagne di promozione della salute possono negligere nell'individuare i bisogni sanitari di questo target..."

Partendo da questo assunto, è necessario tener conto che, da un'importante indagine conoscitiva svolta in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità nel 2006, emerge che il 70% degli uomini e ben l'80% delle donne intervistati non parlino del proprio orientamento e comportamento sessuale con il proprio medico di base.

C'è insomma una **diffusa sfiducia nei confronti del sistema sanitario**, soprattutto da parte dei giovanissimi, dal quale ci si sente discriminati a causa del proprio orientamento sessuale. Oltre i tre quarti degli under 25 dichiarano di non essersi mai recati in una clinica o ambulatorio sessuologico o in un reparto di malattie infettive, tanto che il 54,6% dei giovani non ha mai fatto un test per l'Hiv.

All'inizio del '64 c'è stato un grande coinvolgimento delle associazioni omosessuali nella lotta all'infezione; nei fatti però, l'associare l'HIV agli omosessuali è stato ritenuto scorretto anche perché le ricerche odierne evidenziano come la diffusione dell'AIDS sia maggiore proprio tra gli eterosessuali.

E, difatti i comportamenti a rischio si diffondono sempre di più, come rivela anche la minore attenzione verso le malattie trasmissibili sessualmente (MTS): più della metà dei soggetti sotto i 25 anni e più di un terzo dei soggetti nella fascia di età 26-30 dichiara di non aver mai fatto nessun tipo di controllo per le MTS che, però continuano a crescere.

I consumi di sostanze psicoattive, secondo i risultati della ricerca, sono mediamente più alti di quelli registrati nella popolazione generale. Tra le lesbiche e nella fascia d'età giovanile c'è una grande diffusione di droghe leggere, mentre un intervistato su 6 fa uso di popper, uno su 8 di psicofarmaci e uno su 11 di cocaina. Nonostante l'eziologia del comportamento additivo e d'abuso in ogni individuo sia complessa e sfaccettata, per quanto riguarda l'uso di tali sostanze, gay e lesbiche sembrano condividere alcuni fattori di rischio.

Alcuni intervistati evidenziano come **"...il ricorso a sostanze stupefacenti può rappresentare una sorta di autoterapia** per sedare sentimenti di vergogna, ansia, senso di colpa, depressione, isolamento, disistima, paura e sentimenti legati al pregiudizio omofono interiorizzato..."

Infine, confrontarsi con una identità socialmente indesiderata può condurre alcuni adolescenti omosessuali a desiderare addirittura la morte: le ricerche, soprattutto statunitensi, sottolineano infatti un più alto rischio di tentato suicidio nei giovani gay e lesbiche, anche due o tre volte superiore alla popolazione adolescente eterosessuale.

In questo contesto, per le associazioni, la sfida rimane quella di incentrare gli interventi sull'**interistituzionalità**, su forme di collaborazione tra scuole, servizi sociosanitari (ASL e consultori, centri famiglie, poliambulatori etc.) e associazioni territoriali coinvolgendo interlocutori privilegiati come i genitori.

Infine se la popolazione in genere ha difficoltà a rivolgersi alle strutture sanitarie pubbliche, è auspicabile che siano i servizi a intercettare ed incontrare bisogni altri, superando quelle resistenze e quella mancanza di formazione ad hoc che ancora ostacola **l'inclusione dell'orientamento sessuale nei progetti educativi e preventivi**.

All'interno del processo partecipativo è stato proposto di integrare la bozza del Piano di Salute regionale, nella parte relativa alla programmazione generale delle linee di azione inserendo le seguenti parole:

" per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze legate ai diversi generi, andranno programmati:

1. aggiornamento e qualificazione del personale sanitario in funzione dell'**adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate alla considerazione e al rispetto per ogni orientamento sessuale** ed identità di genere e per tutti gli stili di vita assunti dalle minoranze al fine di evitare la ghettizzazione di chi è diverso, e ciò , sia a livello territoriale, consultoriale che ospedaliero al fine di conformare maggiormente le modalità di erogazione delle prestazioni alla dimensione psicofisica di ogni singolo, anche attraverso il coinvolgimento delle Università italiane e pugliesi in particolare;
2. attuazione di nuovi servizi di informazione, **consulenza e sostegno agli adolescenti per garantirne il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere**; più in generale per supportarli in presenza di qualsiasi situazione di emarginazione scolastica o lavorativa causata dalla diversità anche attraverso l'inserimento di figure quali l'educatore professionale;
3. creazione di nuovi consultori direttamente gestiti da rappresentanti qualificati delle organizzazioni e delle associazioni di genitori di omosessuali (agedo, associazione arcobaleno) in collaborazione stretta con operatori sanitari altamente specializzati e formati, in regime di convenzione con le AUSL (se ne propone l'istituzione di almeno uno per provincia in termini di sperimentazione)

4. monitoraggio triennale anche attraverso l'Osservatorio sulla salute regionale all'interno del quale occorrerà garantire la presenza delle organizzazioni presenti sul territorio e dell'Agedo regionale circa l'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi e di alcuni parametri di salute ed i cui risultati verranno presentati al Consiglio regionale, da parte della giunta regionale nell'ambito della relazione sanitaria regionale sulla base di indicatori da prevedere in un apposito capitolo "valutazione" del Piano."

Inoltre si propone:

- la promozione, di concerto con l'Università, le organizzazioni presenti a livello territoriale e l'Agedo regionale, una ricerca su base regionale distinta per provincia, sui bisogni di salute con una particolare attenzione alla popolazione transgender e transessuale nei confronti della quale si sconta un surplus di ignoranza e pregiudizi.
- la formalizzazione tra la Regione Puglia, l'Ufficio Scolastico regionale e le Direzioni consultoriali delle AUSL di un protocollo di intesa regionale che preveda e finanzi **corsi di formazione per il personale docente sulle tematiche relative alla salvaguardia ed al rispetto dei diversi orientamenti sessuali** e delle identità di genere in rapporto con i servizi socio-sanitari.

8.5 – Il diritto alla salute per le donne immigrate

In Italia ci sono tre milioni di immigrati, il 49,9% sono donne e un quinto sono i minori, il che è indice di stabilità del fenomeno. Provengono da oltre 192 paesi, parlano diverse lingue e sono portatori di diverse culture, professano diverse religioni. In Puglia vi sono circa 60000 immigrati e quindi parlare di politica di integrazione, e attuarla, diventa necessario non solo per garantire pari diritti agli immigrati ma anche nell'interesse della società.

In questo contesto, **l'attenzione e la promozione della salute delle donne immigrate misura la qualità e l'efficacia del servizio sanitario, ma anche la qualità della democrazia delle pubbliche amministrazioni.**

E' stato dimostrato che le/gli straniere/i che riescono a raggiungere l'Italia o l'Europa sono giovani ed anche in ottime condizioni fisiche. Spesso, invece, si ammalano nei nostri paesi poiché non hanno un pronto accesso ai servizi socio-sanitari. Nei fatti la clandestinità peggiora la loro condizione e al servizio sanitario pubblico si chiede quindi di svolgere un ruolo fondamentale per favorire l'integrazione. E' necessario che gli Assessorati alle Politiche della Salute, alla Solidarietà ed alla Cittadinanza attiva, definiscano unitariamente linee guida ed un **piano di "azioni positive" che garantiscano alle donne immigrate l'accesso e la fruibilità efficace dei servizi sanitari.**

Vanno perciò definite prioritariamente le procedure per garantire la presenza delle **mediatrici culturali** quantomeno nei Pronto Soccorso, nelle Cliniche Ostetriche e Ginecologiche, Pediatriche e Psichiatriche ed in particolare nei Consultori e nelle scuole che costituiscono i servizi più usati dalle immigrate.

Gli obiettivi di un Piano di Salute per le donne immigrate, così come emersi all'interno del processo partecipativo, riguardano:

- la prevenzione e la cura delle malattie sessualmente trasmissibili non solo per le donne vittime della tratta;
- un migliore **accesso ai programmi di screening** e di contraccezione in tutte le sue forme;
- la **prevenzione dell'aborto** e l'assistenza per le procedure relative all'interruzione volontaria della gravidanza ed alla contraccezione successiva;
- **politiche di sostegno e di cura della depressione** e/o della fragilità psicologica prodotte dai mutati stili di vita, dal bisogno ed anche dalla difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari;
- la formazione dei medici e degli operatori sanitari in particolare nell'area materno-infantile con la presenza stabile delle mediatrici e mediatori culturali;

- la predisposizione di un **vademecum multilingue**, per favorire l'informazione sui servizi sociosanitari da distribuire nei punti di aggregazione e attraverso il web;
- applicazione della convenzione internazionale di New York sui diritti del fanciullo e di conseguenza il diritto alla scelta del pediatra, non prevista in Puglia;
- implementare l'osservatorio epidemiologico sulle problematiche dell'immigrazione.

Poiché in questa Regione le politiche sociosanitarie per la popolazione immigrata dovrebbero recuperare ritardi e finanziamenti, è richiesta l'immediata istituzione di un Ambulatorio S.T.P., già finanziato a livello nazionale, come modello di prima accoglienza sanitaria e di erogazione di servizi.

Una struttura che assicuri la fruibilità e l'accesso ai servizi di primo e secondo livello e che sia anche garante delle prestazioni sanitarie nei Centri di Permanenza Temporanea, in quanto servizio pubblico.

Nel piano sanitario regionale sono previsti ingenti finanziamenti per la cura delle mutilazioni genitali femminili (MGF), considerate opportunamente una grave violazione dell'integrità psicofisica. **Non è condivisa in proposito la costituzione di costosi "centri ginecologici ed ambulatori ad alta specializzazione"**. Si ritiene più utile agire sulla prevenzione con massicce campagne informative e di contrasto alle MGF., non solo qui ma anche nei paesi in cui vigono ancora queste pratiche: Eritrea, Nigeria, Etiopia, Somalia ed Egitto. La cura e il contrasto alle pratiche di mutilazione genitale femminile può e deve essere affidata ai Consultori e alle Cliniche dell'area materno-infantile, prevedendo la formazione degli operatori e la presenza delle mediatrici, data l'esiguità numerica del fenomeno, che comunque si avvia a scomparire.

In Puglia, regione protesa verso l'Est e il Mediterraneo, storicamente luogo di approdo di popoli e culture, che continuano ancora oggi a raggiungere le nostre coste in fuga dalle guerre, dalle violenze e dalla fame, le politiche sociosanitarie per le donne e gli uomini migranti dovrebbero costituire un punto di eccellenza e di coraggiose innovazioni.

9. Cultura della prevenzione

Le campagne di prevenzione sono percepite come sporadiche e circoscritte. Secondo la cittadinanza attiva dovrebbero essere continuative nel tempo, praticate su tutto il territorio regionale - tenendo conto delle specificità locali - e riguardare diversi ambiti come l'alimentazione, i fattori di rischio derivanti dallo stato dell'ambiente, le patologie più ricorrenti, ecc..

Tenendo conto che l'adeguata prevenzione è fattore di riduzione delle patologie e dei costi di cura, è necessario investire più energie e risorse in campagne di prevenzione primaria e di educazione alla salute.

I cittadini propongono di progettare e attuare veri e propri piani di prevenzione per informare, sensibilizzare ed educare con l'impiego di:

- **Campagne culturali di educazione alla salvaguardia della salute** rivolte:
 - ai giovani genitori per trasmettere le nozioni fondamentali di igiene alimentare e del corpo attraverso incontri tenuti da personale competente, immediatamente prima delle vaccinazioni obbligatorie
 - ambienti di lavoro
 - luoghi di socializzazione;
- Formazione a scolari e studenti a partire dalla scuola dell'infanzia fino alla conclusione della scuola dell'obbligo con particolare attenzione alla **prevenzione dell'obesità** sin dalla prima infanzia (fenomeno che si sta sviluppando in maniera preoccupante);
- Iniziative di prevenzione, nell'**età adolescenziale**, di comportamenti che influenzano negativamente la salute riproduttiva e la salute del concepito (fumo, alcool, droghe, disordini alimentari, malattie sessualmente trasmesse ...);
- Screening periodici e **interventi specifici su soggetti fragili** o a rischio per prevenire l'insorgere di patologie come nel caso. Tali processi richiedono un adeguato supporto in termini di comunicazione, sensibilizzazione e informazione di massa.

Nel caso, per esempio, della prevenzione del gozzo tiroideo, è stata proposta la sensibilizzazione all'uso del sale iodato anche attraverso campagne di prevenzione delle malattie tiroidee rivolte alle scolaresche.

Ai fini della prevenzione è stato proposto di coinvolgere e responsabilizzare i Consultori Familiari in quanto organismi attivi sul territorio e finalizzati all'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Allegato 1: Elenco delle proposte progettuali pervenute dalla Cittadinanza Attiva

Associazione "Anche Noi"

IL TUTOR SANITARIO: UNA FIGURA PROFESSIONALE INNOVATIVA DALLA PARTE DEL CITTADINO.

Parlamento Regionale dei Giovani

UN' AULA LUDICO-RICREATIVA NEI REPARTI PEDIATRICI DI TUTTI GLI OSPEDALI PUGLIESI: UN DIRITTO DEI BAMBINI DA TUTELARE

Antonio Masciandaro

SOTTRARSI AL PRIMATO DI REGIONE PIÙ ABORTIVA D'ITALIA È POSSIBILE!

Cinzia Germinario

PERCEZION E DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA AGLI ANZIANI NELLA CITTÀ DI BARI

Centro di Riabilitazione dei Padri Trinitari

RICONSIDERARE IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE A PARTIRE DAI BISOGNI DELLE PERSONE

Responsabili degli URP delle ASL

PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE E DI INFORMAZIONE NEL SISTEMA SANITARIO PUGLIESE

Giuseppe Gragnaniello

LA RAZIONALIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA NELLA REGIONE PUGLIA

Associazione Italiana Celiachia Puglia Onlus

NORMALIZZAZIONE DELL'EROGAZIONE DEI PRODOTTI SENZA GLUTINE

Più valore Onlus

L'ABECEDARIO DEL CAMBIAMENTO

Associazione pugliese Spina Bifida e Idrocefalo

COSTITUZIONE DI UN CENTRO POLISPECIALISTICO E MULTIDISCIPLINARE A SOSTEGNO DEI PORTATORI DI SPINA BIFIDA E IDROCEFALO

Fernando D'Angelo – Cittadinanzattiva onlus

PER UNA PROGRAMMAZIONE SANITARIA QUALIFICATA

Associazione Medicina Democratica di Brindisi

FORME ALTERNATIVE DI ORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ REALMENTE ORIENTATE ALLA PERSONA

Associazione Pugliese Fibrosi Cistica

PROPOSTA DI CONSIDERARE LA FIBROSI CISTICA ALL'INTERNO DEL PIANO REGIONALE DI SALUTE

Meristella Ghiazza

LA CONTRACCEZIONE: DALL'EMERGENZA ALLA SCELTA CONSAPEVOLE

Conferenza delle Associazioni per la Difesa delle Strutture Sanitarie Cittadine - Monopoli

PRIORITÀ PER LE STRUTTURE SANITARIE CITTADINE

Associazione Aurora

LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: ANALISI E PROPOSTE PER SUPERARE LE CRITICITÀ

Associazione Italiana Sclerosi Multipla - Brindisi

L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO INTERDISCIPLINARE NEL SOSTEGNO ALLE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI MULTIPLA

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
SERVIZIO DI CURE ONCOLOGICHE CONTINUE COME LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA (LEA)

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
RESPONSABILITÀ SOCIALE PER LA SALUTE:
UN NUOVO PARADIGMA PER PASSARE DALLA PREVENZIONE DELLA MALATTIA ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Angelo Muraglia
MISURE ORGANIZZATIVE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Comitato Cittadino Fibronit - Bari
PROPOSTA DI CONSIDERARE LE PATOLOGIE ASBESTO-CORRELATE NEL PIANO REGIONALE DI SALUTE

I Responsabili dei Centri Menopausa PMI AOGOI
LA VALORIZZAZIONE DEI CENTRI MENOPAUSA NEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Associazione Pugliese Malati Reumatici Onlus
PROPOSTA DI CONSIDERARE LE PATOLOGIE REUMATICHE ALL'INTERNO DEL PIANO PER LA SALUTE

Associazione C.A.SA.
PROGETTARE SPAZI PENSATI PER LE ESIGENZE DI SOCIALIZZAZIONE DEGLI ADOLESCENTI RICOVERATI

Cittadinanzattiva Onlus di Casarano
ANALISI DELLE CRITICITÀ E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI PER LA SALUTE ALL'INTERNO DELLA EX ASL LE2

Pasquale Scarnera
ELEMENTI PER UNA RIFORMULAZIONE DELLA "SALUTE MENTALE" ALL'INTERNO DEL PIANO REGIONALE DI SALUTE

Associazione Genitori Oncoematologia Pediatrica "Per un sorriso in più" - Lecce
CREAZIONE DI UNA RETE ONCOLOGICA CHE PREVEDA ANCHE L'ORGANIZZAZIONE PER FASCIA DI ETÀ PEDIATRICA

Confindustria - Lecce
PROGETTO "BUONA SANITÀ, FIGLIA DELL'INTEGRAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO"

Ordine dei Medici Veterinari - Prov. di Lecce
PROPOSTE PER MIGLIORARE I SERVIZI VETERINARI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Associazione Polidream - Polignano a Mare
PROPOSTE PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE IN AMBITO SANITARIO

Centro di Ricerca Psicosomatica - Parabita
L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PSICOLOGICO NELLE VARIE SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

Associazione Tutela Salute Mentale "Speranza" - Santeramo
LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ANCHE ATTRAVERSO LA PREVENZIONE

Associazione Medici Italiani di Continuità Assistenziale
UNA PROPOSTA SOSTENIBILE DI REVISIONE ORGANIZZATIVA DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Giovanni Totta
INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE PER MIGLIORARE L'ACCESSO AI SERVIZI PER LA SALUTE

Associazione Unitaria Psicologi Italiani - Lecce

PER UN APPROCCIO GLOBALE ALLA PERSONA

Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ PSICOLOGICHE PRESENTI NELLE AZIENDE SANITARIE IN UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE

Silvano Fracella

COME MIGLIORARE IL SERVIZIO DI EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE

Umberto Caracciolo

VALUTAZIONI SPECIFICHE SUL PIANO REGIONALE DI SALUTE

Direzione Medica P.O. - Scorrano, Maglie, Poggiardo

PROPOSTA DI RIMODULAZIONE ORGANIZZATIVA SULLA BASE DELLE NECESSITÀ DEL TERRITORIO

Direttori delle Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Gallipoli

PER UNA RIORGANIZZAZIONE INCENTRATA SULLE PRIORITÀ

Associazione Cuamj (Centro Universo Autismo Meridionale Jonico)

MISURE URGENTI PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Maurizio Leucci - UMSPED

PROPOSTE DI INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA TRA ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETE DI EMERGENZA

Consultorio Familiare – Galatina

IL POTENZIAMENTO DEI CONSULTORI FAMILIARI PER LA CREAZIONE DI UNO "SPAZIO DONNE IMMIGRATE E LORO BAMBINI" E PER GLI ADOLESCENTI

Maurizio Leucci - UMSPED

PROPOSTE DI INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA TRA ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETE DI EMERGENZA

I Responsabili Operativi: Salvatore Sica, Vittorio Scrimieri Evangelista Zizzari Paolo Tundo

PROGETTO PER LA COSTITUZIONE DI UN PERCORSO DI SERVIZIO INTEGRATO SER.T / U.O. MALATTIE INFETTIVE RIVOLTO AL BACINO DI GALATINA, NARDÒ, COPERTINO, MARTANO

Sergio Mancarella

PROPOSTA STRUTTURAZIONE DELL'UNITÀ DI ONCOLOGIA MEDICA PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI GALATINA

Giuseppe Vasco

LA NECESSITÀ DI RIATTIVAZIONE DELL'OSPEDALE DI GIOIA DELCOLLE

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri - Foggia

IL PROBLEMA DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E DELL'ASSENZA DELLA TEMATICA DELL'ODONTOIATRIA NEL PIANO REGIONALE DI SALUTE

Angela Pescechera - Associazione "Diversamente Uguali" – Barletta

INIZIATIVE UTILI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DI PERSONE AFFETTE DA DISAGIO PSICHICO

Distretti dell'Area Sud dell'ASL di Lecce

LO SVILUPPO DI UNA RETE DI UNITÀ TERRITORIALI DI CURE PRIMARIE ADERENTE ALLE CARATTERISTICHE E NECESSITÀ DEL TERRITORIO

AUSER – Lecce

MIGLIORARE I SERVIZI PER LA SALUTE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI ANZIANI

Mario Francesco Palamà
ISTITUZIONE DI UN SERVIZIO INFERMIERISTICO SUL TERRITORIO

Alessandro Zecca
VERSO UNA SANITÀ ETICA: L'ATTENZIONE DOVUTA AL PAZIENTE ONCOLOGICO

Associazione "Alzheimer" - Lecce
AZIONI MIRATE PER L'ASSISTENZA E L'ARIABILITAZIONE DI PERSONE AFFETTE DA ALZHEIMER

Libera Associazione Superabili – Grumo Appula
CONTRO IL PRINCIPIO DELLA "LIBERA NECESSITÀ" CHE CONDIZIONA LA VITA DELLE FAMIGLIE DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI

Associazione Nazionale Emodializzati onlus – Comitato Puglia
L'ESSENZIALITÀ DI UNA STRUTTURA DI NEFROLOGIA E DIALISI NEL NUOVO OSPEDALE DELLA MURGIA

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva (SIAARTI)
Collegio dei Direttori di Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Puglia (DUARP)
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (AAROI)
ANESTESIA E RIANIMAZIONE: LE CARENZE DEL PIANO SALUTE E LE PROPOSTE DI INTEGRAZIONE

Marco Camporeale – Sindaco Serracapriola
UN PROGETTO DI SVILUPPO PER IL POLIAMBULATORIO DI SERRACAPRIOLA

Associazione il Giardino della Mente
NECESSITÀ DI SOLUZIONI INNOVATIVE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Laboratori del Forum su "Salute delle Donne e Politiche di Genere"
IL DIRITTO ALLA SALUTE PER LE DONNE IMMIGRATE
LE DISCRIMINAZIONI PER ORIENTAMENTO SESSUALE
PREVENIRE LE VIOLENZE
LA SALUTE DELLA DONNA IN OGNI FASE DELLA VITA
LA GRAVIDANZA VOLUTA, NON VOLUTA E DESIDERATA

Associazione Famiglie Disabili Psicici A.F.D.P.
ANALISI DELLE CONTRADDIZIONI E PROPOSTE PER UNA RIMODULAZIONE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE DELLA PROVINCIA JONICA

Ass. Nuova Ansiie - Monopoli	Ass. Sphera - Bari	Ass. Arpuh - Locorotondo
Ass. A.M.A.R. DOWN - Martina Franca	Ass. A.V.I.S. - Monopoli	Ass. U.N.T.A.L.S.I. - Monopoli
Ass. Cittadinanza Attiva - Putignano	Ass. Tandem - Bisceglie	Ass. Li.As.S. - Grumo Appula
Ass. Insieme Per i disabili - Lecce	Ass. H Bari 2003 - Bari	Ass. A.I.D.A. - Martina Franca
Ass. Amici dell'Handicap- Putignano	Ass. Volare più in alto - Bari	Ass. Nuovi Orizzonti - Noci
Ass. Fiorire Comunque - Castellana Grotte	Ass. Anffas Altamura - Ba	Ass. Arcobaleno Bitritto - Ba
Ass. Mani Aperte per Servire - Acquaviva delle Fonti		

RISTRUTTURAZIONE, ADEGUAMENTO E VERIFICA DI OFFERTA E FUNZIONALITÀ DEI SERVIZI PER PERSONE DIVERSAMENTE ABILI -
PROPOSTA DI DIPARTIMENTO SOVRADISTRETTUALE DI RIABILITAZIONE

Forum delle Associazioni Familiari della Puglia
PROPOSTE SU TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E DELLA VITA UMANA NASCENTE, CONSULTORI FAMILIARI, POLITICHE DELLA SALUTE E FAMIGLIA, NUOVA SUSSIDIARIETÀ

Associazione Sviluppo Sostenibile
COORDINAMENTO TRA CONTROLLI AMBIENTALI E SANITARI PER UNA MODERNA PROMOZIONE DELLA SALUTE E ISTITUZIONE DI UN SISTEMA DI PROTEZIONE SOCIALE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Allegato 2: Elenco delle analisi/ricieste specifiche effettuate dalla Cittadinanza Attiva

Analisi/ricieste	Proponente
Segnala l'inefficienza dell'assistenza ai disabili nelle varie ASL: propone di ricostituire le équipe di specialisti nelle scuole e sul territorio per accompagnare le persone diversamente abili nel loro percorso di vita	Lorenzo Caiolo
Riattivazione Poliambulatorio a Statte	Sindaco di Statte
Sancire una Legge che riconosca e sostenga, le Cooperative Sociali nel campo della Riabilitazione Psichiatrica (Legge Basaglia - n. 180)	"ATMS" di Martina Franca Coop. Soc. "EUREKA" Coop. Soc. "SCATOLA MAGICA"
Fornitura gratuita della "pillola del giorno dopo" presso i consultori	112 Donne
Accelerare l'iter di approvazione della proposta di legge per la riforma dei Consultori	112 Donne
Propone un Progetto, articolato nel corso di 3 anni, che mira all'istituzione di uno sportello per donne immigrate all'interno dei Consultori familiari con la presenza di Mediatrici Culturali	A.I.E.D. (Associazione Italiana Educazione Demografica)
Progetto guardia medica diurna (GMD) all'interno di Case della Salute per un bacino territoriale max di 30000 abitanti	A.M.I.C.A.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di unità di cure domiciliari a sostegno degli ammalati oncoematologici, • convezione per l'assistenza specialistica ematologica domiciliare 	Ail - Taranto
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio ambientale e sanitario per prevenire e contrastare gli effetti dell'inquinamento ambientale, • Istituzione UTAP (Unità territoriale di Assistenza primaria) 	Aldo Tarantini - Cutrofiano
Istituzione struttura Complessa di nefrologia e dialisi	Associazione ANED - Taranto
Tempi non congrui per fruire delle prestazioni sanitarie da parte di "semplici" cittadini	Angelo Sforza
Urgenza di attivare i Ser.T. con maggiore efficienza nell'arco delle 24 ore	Angelo Zizzari
<ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatorio di Tricase: assenza di strumentazioni (come eco-doppler e ecografo) oltre che di rete idrica e fognante, • criticità all'interno del Poliambulatorio di Tricase 	Anna Macchia
Prevedere la disponibilità di stanze per i genitori (di sesso diverso) di portatori di handicap che necessitano della loro assistenza	Annamaria Guerrieri
Importanza della terapia del dolore	Antoniette Gisela Lehmann Torsello
Proposta di versamento del 50% dell'importo del ticket al momento della prenotazione per incentivare l'eventuale disdetta con recupero	Antonio Melle

dell'importo versato al fine di snellire le liste d'attesa	
<ul style="list-style-type: none"> • Mettere in competizione struttura pubblica e privata, • controllare orari di lavoro e qualità delle prestazioni, • rendere operative le strutture sanitarie durante tutto l'arco della giornata, • aggiornamento obbligatorio per i medici di base, • mettere in rete gli ospedali, i medici specialisti ed i medici di base, • prevedere la possibilità di scegliere il medico specialista da cui farsi visitare 	Antonio Rizzo
<p>Richiesta di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizzazione corsi di formazione per gli operatori sanitari, • razionalizzare l'organizzazione delle prenotazioni, creazione di poliambulatorio per stranieri e di campagne per la contraccezione, • aspettativa per i medici di base che dovessero ricoprire incarichi istituzionali 	Arci Lecce
Riorganizzazione territoriale degli interventi presso la popolazione immigrata	Associazione Salva
Potenziamento assistenza territoriale per la preventiva (cancro, malattie cardiovascolari, malattie infettive)	Associazione Sviluppo Sostenibile
Istituire un servizio di allergologia e immunologia come struttura complessa per ogni provincia	Associazione Allergopatici – Bari
Importanza di affrontare le problematiche socio-sanitarie che insorgono in persone con diverso orientamento sessuale per garantire un corretto sviluppo della sfera emotivo-sessuale, scevra da pregiudizi e stereotipi	Associazione Genitori di Omosessuali
Evidenza di problemi relativi a umanizzazione, liste d'attesa, informazioni e richiesta di case di ricovero per anziani e della figura di Endroclinologo presso Ospedale di Molfetta	Auser Molfetta
Per l'umanizzazione del rapporto operatori/pazienti, dovrebbe essere attribuito un ruolo prioritario ai Primari e alle Caposala Controllo, da parte dei Primari, sull'operato degli altri medici attraverso la tenuta di un registro sul quale vengano riportate le valutazioni diagnostiche degli stessi; in caso di inefficienza, i medici coinvolti dovrebbero essere riqualificati con obbligo di esame finale	Camporeale Gennaro
Ridurre le liste di attesa, promuovere campagne di prevenzione contro i tumori, predisporre ambienti attrezzati per l'assistenza temporanea di diversamenti abili o anziani, il personale sanitario deve essere sveglio la notte	Carozzo Acierno Centro Italiano Femminile (c.i.f.)
Segnalazione disservizi "Day hospital oncologico"	Cittadini di San Giovanni Rotondo
Proposta di istituzione di un Dipartimento di Microbiologia, su base	Claudio Palumbo

provinciale, cui facciano capo le strutture di Microbiologia dislocate negli ospedali di primo livello e nei poliambulatori territoriali	
Istituire un secondo centro trasfusionale del sangue cordonale nel Salento	Comitato "Un cordone per la vita"
<ul style="list-style-type: none"> • Istituire, all'interno dei Consultori familiari di ogni distretto, uno spazio adolescenti finalizzato all'assistenza e accompagnamento dei giovani sotto il profilo psicologico, relazionale, ginecologico o andrologico. • A tal fine è necessario che gli operatori coinvolti seguano un percorso di formazione adeguato 	Consultorio familiare di Galatina
<ul style="list-style-type: none"> • Riquilibrare i Consultori familiari, definendo ambiti precisi di competenza "qualificata", • istituire, nell'ambito dei Consultori Familiari, un Servizio ad hoc per la cura, l'assistenza e l'accoglienza di donne immigrate prevedendo la figura delle Mediatrici Culturali 	Consultorio familiare di Galatina
Introduzione della gratuità degli interventi contraccettivi	Rosa Gagliardo – Coord. Reg. Ginecologi Consultoriali Puglia
Richiesta di sostegno alle famiglie e al malato che vivono il disagio delle molteplici forme di esaurimento nervoso	De Leo Giuseppe
Ridurre le Strutture Sanitarie Pubbliche in pochi Centri Polifunzionali di Eccellenza, operativi 24 ore su 24 e supportate da Centri di Pronto Soccorso periferici per il primo intervento	Domenico Armillei
Denuncia al Presidente sul Ss. Annunziata di Taranto	Domenico Cito
<ul style="list-style-type: none"> • Dotazione di una apparecchiatura per eseguire l'ecografia a scan, • decogestione Cup: comunicazione da parte del CUP al servizio Cassa x il pagamento ticket e al reparto 	Domenico Esposito
Rispettare i tempi delle prenotazioni delle visite specialistiche	Domenico La Bella
La Carta della Qualità dei Servizi (la buona pratica della Toscana).	Domenico Panarese
Riconoscere la figura dell'algologo come esperto malattia del dolore	Donatella Zollino
Liste d'attesa: intervenire sulla mancata comunicazione da parte del cittadino di annullamento della visita	Donato Campanaro
Incrementare turni di servizio per ridurre liste d'attesa	Donato Falco
<ul style="list-style-type: none"> • Prenotare le visite specialistiche attraverso il web, • installare video camere nelle sale operatorie, • definire un rapporto di lavoro esclusivo per i medici del SSN, • distinguere il campo della ricerca da quello della medicina e licenziare che sbaglia ripetutamente 	Donato Ripa

Attuare un modello di funzionamento integrato per il servizio di psicologia clinica	Angelo Miggiano
Importanza della prevenzione territoriale della insufficienza renale cronica	Francesco Carluccio
<ul style="list-style-type: none"> • Proposte per il contenimento della spesa farmaceutica, • costituzione delle Unità Operative di Psicologia in ciascuna Unità Ospedaliera, • piano per la sanità elettronica 	Claudenzio D'Ippolito
Liste d'attesa troppo lunghe (esperienza personale)	Edoardo Micati
<p>Migliorare servizio 118 attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento operatori per unità (passando a 4), • formazione permanente per gli operatori, • introduzione navigatore satellitare in ambulanze, • diversificazione delle tipologie di ambulanza per diversa destinazione d'uso 	Emma Surano - Poggiardo
Proposta di diagnosi precoce dei disturbi neuromotori del neonato e di inserimento di ambulatori di riabilitazione pediatrica nei reparti di pediatria	Ester Balestra
Individuate di modalità che rendano possibile l'impiego, da parte di organizzazioni senza fini di lucro, di medicinali non utilizzati, correttamente conservati e ancora nel periodo di validità come previsto dall'art. 157 del decreto 219 del 2006	Fernando D'Angelo Cittadinanzattiva Regionale
Nota di eccellenza per il Centro Trasfunzionale dell'Ospedale di Molfetta	Fra Massimo Tatullo - Molfetta
Rendere prescrivibile il farmaco Ebixa anche in soluzione solubile. Al momento solo le compresse sono prescrivibili e soggette al pagamento del ticket	Francesco Alapide
Riqualificare e stabilizzazione del personale infermieristico	Francesco Di Pasquale
La personalizzazione delle cure per una sanità a misura di paziente	Francesco Girardi
Incrementare turni per visite specialistiche e riqualificare personale infermieristico	Francesco Leone
Istituzione di un registro per le malattie connesse all'utilizzo di apparecchiature di fotoreproduzione	Francesco Rollo
Mancanza delle problematiche della reumatologia nel piano	Franco Riondino Associazione Pug. Malati Reumatici
Nella sanità ci vorrebbe meno ingerenza della politica e una migliore programmazione	G.B. Pippoli - Fratres
Attivare presso il Policlinico l'Unità Spinale eliminando, in tempi brevi, tutte le barriere architettoniche	Gioacchino Visaggi Associazione Paraplegici

Consentire prenotazioni su portale web; favorire convenzione con tabaccai o pagamento con carta di credito on line x ticket	Giovanni Abatecola
Proposta di installare le telecamere nelle sale operatorie	Giovanni Gaudio
Continuità del personale medico nell'assistenza specialistica	Giovanni Iannizzotto
Inserire in ogni reparto ospedaliero pediatrico un educatore che si dedichi all'ascolto, al gioco e all'animazione	Giuseppe Brescia
Controllo e valutazione di strutture e professionalità con particolare riguardo ai rapporti umani	Giuseppe Quaranta
Nessuna attività privata per i medici impegnati nel servizio pubblico	Giuseppe Sblendorio
Istituzione di micro consultori presso le scuole	Grazia Pinto
Chiede che gli integratori alimentari per la cura di patologie specifiche (morbo di Crohn) siano considerati alla stessa stregua dei farmaci e quindi esentabili	Graziano Marzano
Rivalutazione dei compiti dei medici di base	Grazio Frallonardo
I medici devono scegliere se praticare in ambulatori pubblici o privati	Lorenzo Caputi
<ul style="list-style-type: none"> • Per chi è affetto da patologie rare e svolge un lavoro, assegnare un sostegno finanziario ulteriore rispetto all'esiguo assegno d'invalidità, • evitare tempi di attesa ogni qualvolta si richiedono ausili ortopedici, • evitare visite di controllo ricorrenti all'ente regionale Riabilia per chi è affetto da patologie gravi e stabilizzate 	Lucia Lamonarca
<ul style="list-style-type: none"> • Prevedere che il medico curante prenoti personalmente la richiesta (di assistenza o altro) presso l'ufficio ASL di competenza, • Maggiori controlli, con eventuali sanzioni, sull'operato dei medici e sui comportamenti di cittadini poco responsabili 	Luigi Gravina
Migliorare l'utilizzo delle risorse collettive nella sanità	Luigi Sansone
Richiesta di snellimento delle procedure di prenotazione e riduzione dei tempi di attesa per le visite mediche	Maria Carmela de Gioia
Disagi derivanti dall'accorpamento delle Asl di Lecce	Maria De Filippi - Tdm - Casarano
Progetto sperimentato e proposta di struttura per l'inserimento dei ragazzi disabili nel mondo del lavoro	Maria Raddato - Cittadinanzattiva Onlus
<ul style="list-style-type: none"> • Introdurre questionari di soddisfazione dei pazienti che vengono messi in dimissione, • potenziare il pronto soccorso, • prevedere esami obbligatori di prevenzione per la donna a partire dal 35esimo anno di età 	Marina Anna Mele

<ul style="list-style-type: none"> • prevedere scambi d'informazione tra i principali centri oncologici della Puglia e gli istituti specialistici presenti nel Mondo 	
Eliminazione pagamento ticket di E 50 x esame O.C.T. (controllo edema maculare) trattandosi di routine fino all'eliminazione della patologia	Marina Vadrucchio
Migliorare il servizio di cure termali	Mario Zaccaria
Valorizzare la figura dell' Assistente Sanitario	Marirosa Zaccaria
Proposte per una maggiore efficienza e correttezza del funzionamento dei laboratori privati convenzionati garantendo ai cittadini la scelta tra laboratori privati o strutture pubbliche	Marta Mancini
Affiancare ai medici di famiglia figure infermieristiche per garantire l'assistenza domiciliare. Dotare di farmacia interna i medici di guardia	Massimo Scarpa
Istituire una Fondazione per premiare chi vuole fare ricerca	Maurizio Portaluri
Gravi carenze del Servizio di Emergenza Territoriale 118 della Provincia di Lecce	Maurizio Scardia
Istituire una forma di controllo e di sorveglianza da parte di esterni sull'operato di medici e operatori sanitari	Michele Colasanto
Richiesta di umanizzazione del rapporto operatori/utenti e di pulizia e funzionalità delle strutture sanitarie	Michele Torelli
Denuncia di non attuazione del Piano triennale di prevenzione dell'obesità	Flora De Benedictis - Movimento Consumatori -Andria
Liste d'attesa troppo lunghe (esperienza personale)	Nazareno Corigliano
Problema della lunghezza liste d'attesa e ritardo prenotazione	Nunzia Corso
Potenziare le strutture pubbliche per eliminare le liste d'attesa	Paola Palumbo
Rispettare l'ordine di orario previsto sulle prenotazioni e non quello di arrivo	Pasquale Monopoli
Denuncia di arroganza del personale ausiliario	Pasquale Paparella
Presentazione del "Centro di Medicina Sociale per l'Alcooldipendenza" di Foggia e proposta di diffusione dell'iniziativa	Persone in trattamento presso il C.M.S. di Foggia
Visite gratuite e in tempi brevi per chi è colpito da tumore, evitando visite d'urgenza presso privati	Pietro Facchini
Maggiore attenzione per Reparto Trapianti e proposta di istituire corsi di comportamento per personale sanitario con esame finale vincolante	Pietro Falcone
Abolizione della distribuzione dei Presidi Ospedalieri per provincia	Rino Laicata

<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare i servizi offerti dai laboratori d'analisi e responsabilizzare il personale infermieristico, • ridurre le liste d'attesa e creare un Cup preferenziale per gli invalidi, • creare un centro di eccellenza di diagnostica per le malattie metaboliche, • cambiare il metodo di valutazione delle Commissioni Mediche circa l'invalidità 	Rino Sgarra
Dotazione di rilevatore d'ossigeno per sale operatorie e per i capi sala	Rocco Buonfiglio
Valorizzare il ruolo dei consultori per prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza	Rosa Guagliardo
Stabilire un ticket moderatore uguale per tutti per accedere a qualunque tipo di servizio	Rosanna Merico
Ai fini della prevenzione, il medico dovrebbe informatizzare i dati dei pazienti e convocarli tempestivamente	Ruggiero Carpagnano
Garantire la supervisione dello stesso medico durante il percorso di cura e moralizzare l'accesso alle specializzazioni	Sabino Ardito
Attivare unità di assistenza primaria con ambulatori aperti 24 ore su 24	Salvatore Presicce
Attivare il reparto di cardiocirurgia e della PET-TAC c/o l'ospedale di Brindisi	Sandra Donateo
Semplificare la farraginoso procedura di approvvigionamento dei farmaci per coloro che devono assumerli a vita	Saverio Cortellino
Mancato avvio dell'UTIC di Martina Franca	Silvana Stanzione Cittadinanzattiva onlus - Taranto
Formazione continua su norme igiene alimentare e del corpo	Silvestris, De Ceglie, Sasso, Binetti
Istituire idonee strutture dipartimentali di anestesisti e specialisti dediti allo studio della anestesia pediatrica e neonatale in tutti gli ospedali con alto flusso di bambini	SNAMI - Foggia
<ul style="list-style-type: none"> • La centralità della formazione, • introdurre nelle strutture ospedaliere la figura del consulente filosofico, • diritto ad una morte dignitosa, terapia del dolore e testamento biologico, • formazione umanistica del personale medico, paramedico e amministrativo con frequenza obbligatoria di un corso universitario di filosofia per professioni sanitarie, • banca dati sulle competenze presenti in tutta la Regione 	Stefano Gramazio
Integrazione tra struttura pubblica e privato accreditato	Studio Radiologico Calabrese

Contributo dell'assemblea territoriale LE/1 per il Piano Regionale di Salute	Tribunale dei Diritti del Malato – Nardò (Le)
<ul style="list-style-type: none"> • Creare collegamenti tra la medicina specialistica e quella di base e ristrutturare l'intera offerta di cura partendo dal territorio, • Dar vita ad attività di monitoraggio e valutazione dei servizi ed istituire corsi di formazione per gli operatori sanitari al fine migliorare il rapporto con i pazienti 	Tribunale dei diritti del Malato - Gallipoli
<p>Richiesta di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • miglioramento del sistema di prenotazione e pagamento, • maggiore partecipazione dei cittadini nelle scelte delle Asl • trasparenza degli atti amministrativi • accesso ai servizi internet delle Asl • affidabilità del personale sanitario 	Tribunale della Salute Onlus
Istituzione di una commissione disciplinare, composta da soggetti estranei all'azienda, che valuti i comportamenti dei sanitari irrispettosi dei malati	Tribunale per i diritti del malato - Galatina
Proposta di miglioramento del CUP policlinico attraverso la gestione automatizzata o standardizzata da un protocollo	Vito Cassano
Percorso di Servizio Integrato di Diagnosi e Terapia (S.I.D.T.) per la prevenzione e cura di malattie infettive, realizzato attraverso l'istituzione di un Team multidisciplinare (psicologo, psichiatra, assistente sociale, infettivologo, infermiere professionale), che elabori trattamenti terapeutici personalizzati (metododica del tailoring)	Vittorio Scrimieri - SER.T - Galatina
Valutare i medici per elevare la qualità della sanità	Mimmo Zurlo



BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 0805406316 - 6317 - 6372 / fax 0805406379

Abbonamenti: 0805406379

Sito internet: <http://www.regione.puglia.it>

e-mail: burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott. Antonio Dell'Era**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974

Sped. in abb. Postale - 70% - CNS / CBPA - SUD / AVELLINO / 079/2007 - Poligrafica Ruggiero S.r.l. - 83100 Avellino
