REPUBBLICA ITALIANA



DELLA REGIONE PUGLIA

Anno XXXIX BARI, 10 GIUGNO 2008 N. 90



Sede Presidenza Giunta Regionale

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

Il Bollettino Ufficilale 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.
- 1) 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 regioanle;
- 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;
- 1) 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 \in 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale \in 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di \in 11,36 oltre IVA (importo totale \in 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righi per 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 vlidità 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 Piazzo - 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 23 maggio 2008. n. 824

Legge regionale 19.02.2008, n. 1, art. 13. Tariffe prestazioni di diagnostica di laboratorio. Costituzione Commissione.

pag. 10856

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 2008, n. 826

Modalità prescrizione prestazioni di medicina fisica e riabilitativa - Revoca parziale Deliberazione di Giunta regionale n. 811 del 04.06.2007.

pag. 10858

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 2008. n. 827

Corso formativo per i Medici di Medicina Generale della Regione Puglia.

pag. 10860

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 2008. n. 828

Istituzione dell'anagrafe canina regionale informatizzata (A.C.I.R.) per il contenimento ed il controllo della popolazione canina sul territorio della Regione Puglia.

pag. 10925

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 834

Approvazione del "Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di Procedure" (M.A.A.P.).

pag. 9720

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 835

Decreto legislativo n. 517/99 e Decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni - art. 3bis commi 5 e 6 - Avvio procedimento di verifica per il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari.

pag. 10944

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 836

Adempimenti verifica erogazione livelli di assistenza - Recepimento Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 3 marzo 2007.

pag. 10948

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 839

Accordo Stato - Regione concernente un programma di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano al fine di realizzare interventi di prevenzione in materia di tossicodipendenze. Autorizzazione alla sottoscrizione di Protocollo d'intesa con l'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio delle Dipendenze patologiche (L'APIS).

pag. 10949

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 840

Accordi/Intese Stato Regioni in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria - Recepimento.

pag. 10955

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 843

Osservatorio Regionale permanente sulla salute ed il benessere delle donne.

pag. 10957

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 870

Deliberazione di Giunta regionale n. 463 del 25 marzo 2008. "Approvazione schema di avviso pubblico per il finanziamento di asili nido comunali e di progetti pilota per asili nido aziendali presso enti pubblici". Parziale modifica articolo 3 dell'allegato A.

pag. 10960

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 2008. n. 824

Legge regionale 19.02.2008, n. 1, art. 13. Tariffe prestazioni di diagnostica di laboratorio. Costituzione Commissione.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 2, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

- L'art. 13 della legge regionale 19.02.2008, n.1 avente ad oggetto: "Disposizioni integrative e modifiche della legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010 della Regione Puglia) e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008", concernente "Tariffe prestazioni di diagnostica di laboratorio", ha disposto che la Giunta Regionale "...costituisce un'apposita commissione partecipata della rappresentanza delle strutture accreditate con il compito di definire entro il 30 giugno 2008 il nuovo tariffario regionale".
- Con determinazioni del Dirigente del Settore A.O.S. dell'Assessorato alle Politiche della Salute n. 24 del 15.02.2008 e n. 39 del 27.02.2008, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n.1025 del 12.07.2006, sono state individuate come "maggiormente rappresentative a livello regionale nell'area Medicina di laboratorio" le seguenti Organizzazioni:

ANISAP (Associazione Nazionale Istituzioni sanitarie Ambulatoriali)

CORSA (Confederazione Regionale Sanità) LANAP (Laboratori Analisi Associati Pugliesi)

SNABILP (Sindacato Nazionale Biologi Liberi Professionisti)

- Con nota n.24/2141/AOS/2 del 13.03.2008, sollecitata con telefax n. 24/2274/AOS/2 del 18.03.2008, il Settore AOS ha richiesto alle su indicate Organizzazioni di comunicare il nominativo del proprio rappresentante in seno alla citata commissione.
- Sono pervenute le seguenti designazioni: ANISAP Dr. Angelo Giovine CORSA Dr. Francesco Pignatelli LANAP Dr. ssa Irene De Lucia SNABILP Dr. Antonio Costantini
- Per quanto riguarda i componenti di parte pubblica, la cui partecipazione avverrà a titolo gratuito, si propone la nomina di professionisti, esperti in patologia clinica, di comprovata esperienza in materia.
- Quale Segretario deve essere individuato un dipendente dell'Assessorato alle Politiche della Salute al quale, per le riunioni della Commissione che si terranno al di fuori dell'orario di servizio, sarà riconosciuto un compenso analogo a quello riconosciuto ai segretari dei Comitati della medicina di base e pediatrica (DD.GG.RR. nn. 4 e 5 del 28.01.2003 (su BURP n.24 del 27.02.2003) determinato in euro 155,00 (centocinquantacinque/00).
- Attesi i tempi ristretti per giungere all'adempimento di cui al citato art. 13 della legge regionale 19.02.2008, si ritiene che le convocazioni della Commissione debbano avere una cadenza bisettimanale.
- Ritenuto di dover procedere alla costituzione della Commissione incaricata della predisposizione del nuovo tariffario regionale delle prestazioni di diagnostica di laboratorio di cui all'art. 13 della Lr. n.1/2008.

"COPERTURA FINANZIARIA"

La presumibile spesa di euro 3700,00 riveniente dal presente provvedimento sarà impegnata

con successiva determinazione dirigenziale sul capitolo n. 712050 - UPB 12.2.1 del bilancio 2008.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO Dr. Pasquale Gentile

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art.4, comma 4, lettera f).

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

- Di costituire la Commissione regionale per l'elaborazione del nuovo tariffario regionale delle prestazioni di diagnostica di laboratorio di cui all'art. 13 della L.r. n. 1/2008.

Di nominare, quali componenti della citata Commissione i seguenti professionisti:

Dr. Nicola Panini

Direttore Generale Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" Bari

Dr. Giuseppe Pastoressa

Direttore S.C. Patologia Clinica P.O. di Bitonto ASL BA

Dr. Carla Lanzillotto

Direttore S.C. Patologia Clinica P.O. di Copertino ASL LE

Dr. Antonio De Santis

Direttore S.C. Patologia Clinica P.O. "San Paolo" ASL BA

Dr. Giovanni Di Rienzo

Direttore S.C. Patologia Clinica P.O. di

Altamura ASL BA

Dr. Francesco Pignatelli

Rappresentante CORSA

Dr. Irene De Lucia

Rappresentante LANAP

Dr. Antonio Costantini
Rappresentante SNABILP Federbiologi
Dr. Angelo Giovine
Rappresentante ANISAP

- Di incaricare il Dirigente del Settore A.O.S. dell'Assessorato alle Politiche della Salute del coordinamento dei lavori della Commissione.
- Di nominare, altresì, in qualità di Segretario della Commissione, il dr. Gravina Alfredo in servizio presso il Settore A.O.S. dell'Assessorato alle Politiche della Salute al quale, per le riunioni tenute al di fuori dell'orario di servizio, compete un compenso analogo a quello riconosciuto ai segretari dei Comitati della medicina di base e pediatrica (DD.GG.RR. nn. 4 e 5 del 28.01.2003 (centocinquantacinque/00).
- Di stabilire che, attesi i tempi ristretti per giungere all'adempimento di cui al citato art.
 13 della legge regionale 19.02.2008, le convocazioni della Commissione avranno cadenza bisettimanale.
- Di stabilire che la partecipazione dei componenti alle attività della Commissione avverrà a titolo gratuito e che, per le riunioni convocate al di fuori dell'orario di servizio, al Segretario della Commissione, dipendente regionale, spetta un compenso analogo a quello stabilito con DD.GG.RR. n.4 e 5 del 28.01.2003 (su BURP n.24 del 27.02.2003) determinato in euro 155,00 per i Segretari dei Comitati regionali della Medicina Generale e Pediatrica.
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL SEGRETARIO Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE On. Nichi Vendola DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIO-NALE 23 maggio 2008, n. 826

Modalità prescrizione prestazioni di medicina fisica e riabilitativa - Revoca parziale Deliberazione di Giunta regionale n. 811 del 04.06.2007.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.2, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

- Con deliberazione di G.R. n.811 del 04.06.2007, tra l'altro, sono state confermate le modalità di erogazione delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale previste dai Livelli Essenziali di Assistenza regionali [Allegato C) - Regolamento reg.le n. 13/2007] stabilite dalla Giunta regionale con provvedimento n.566 del 20.04.2004.
- In merito all'applicazione di tali modalità, le AASSLL BR, BA e BAT e le OO.SS. dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria hanno evidenziato difficoltà a dare attuazione alle stesse attesa la carenza di personale in servizio presso i Distretti socio-sanitari.
- Valutate le possibili procedure adottabili, al fine di non riversare il disagio sugli utenti che necessitano di cure riabilitative, molto spesso anziani o portatori di handicap, sentite le Organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale di medicina di riabilitazione per l'area privata accreditata, si ritiene di proporre alla Giunta regionale la revoca della citata DGR n.811/2007 nella parte nella parte in cui è stato precisato che le modalità di erogazione delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale previste dai Livelli Essenziali di Assistenza regionali [Allegato C) Regolamento reg.le n. 13/2007] sono quelle stabilite dalla Giunta regionale con provvedimento n.566 del 20.04.2004.
- Fino all'entrata in vigore dei nuovi Livelli

Essenziali di Assistenza, si ritiene, altresì, di proporre alla Giunta regionale di adottare le seguenti modalità di prescrizione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa di cui trattasi, ferme restando le disposizioni di cui alle leggi regionali e al Documento di indirizzo economico e funzionale vigenti in materia di assegnazione del tetto di spesa a ciascuna struttura accreditata:

- L'assistito deve rivolgersi al proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta il quale, ove lo ritenga necessario, prescrive una visita specialistica fisiatrica indicando il motivo della prestazione richiesta o il quesito diagnostico (Reg.reg. n. 17/2003).
- Lo specialista fisiatra pubblico, equiparato o privato accreditato (munito di contratto per l'erogazione di prestazioni sottoscritto con la ASL) prescrive sul ricettario rosso del S.S.R. un dettagliato piano terapeutico (ovvero ulteriori accertamenti diagnostici necessari per elaborare una diagnosi). A tal proposito la ASL territorialmente competente dovrà assegnare, con le modalità previste dalle disposizioni regionali, a tutte le strutture (pubbliche, equiparate o private accreditate per la branca di FKT che hanno sottoscritto il contratto per la fornitura di prestazioni ambulatoriali), i ricettari rossi del S.S.R., appositamente contrassegnati al fine di evitarne un uso improprio,.
- Le prestazioni così prescritte sono fruibili previa sottoscrizione da parte dell'assistito di autocertificazione, resa ai sensi del DPR n. 445/2000, del rispetto dei criteri e limiti di prescrivibilità stabiliti dal Regolamento regionale n. 13/2007. Le strutture erogatrici sono tenute a fornire agli assistiti ogni utile chiarimento o informazione in merito ai contenuti delle indicazioni cliniche di cui all'allegato C) al Regolamento reg.le n. 13/2007 e alle conseguenze in caso di dichiarazione mendace.
- Le strutture pubbliche, equiparate o priva-

te accreditate erogatrici hanno l'obbligo del controllo della corretta applicazione del Regolamento reg.le n. 13/2007. A tal scopo ciascuna struttura è tenuta a predisporre apposita scheda personale per ciascun assistito per la registrazione delle prestazioni dalla stessa erogate. I Direttori Generali e i Commissari Straordinari hanno l'obbligo di organizzare le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione dotandole di idonee risorse umane e strumentali atte a consentire tali verifiche. Tutti i dati registrati devono essere inviati al Distretto socio¬sanitario di appartenenza dell'assistito.

Il Distretto socio-sanitario competente è tenuto a verificare, attraverso i dati forniti dal SISR e dalle strutture erogatrici, che non si sia contravvenuto alle disposizioni regionali anche attraverso accessi presso le strutture interessate. In caso siano riscontrate irregolarità, dopo aver acquisito dalle strutture che hanno erogato le prestazioni copia dell'autocertificazione sottoscritta dall'assistito, il Distretto dovrà procedere al recupero delle somme per le prestazioni indebitamente fruite e alla denuncia dell'assistito all'Autorità Giudiziaria. Nell'ipotesi in cui le irregolarità derivino da un mancato controllo da parte dell'erogatore, il Distretto dovrà contestare le stesse alla struttura; alla terza contestazione l'ASL precederà alla revoca del contratto in essere.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA LR. n. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

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

IL DRIGENTE DELL'UFFICIO Dr. Pasquae Gentile

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art.4, comma 4, lettera f).

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

- Di revocare la Deliberazione di G.R. n.811 del 04.06.2007, nella parte in cui è stato precisato che le modalità di erogazione delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale previste dai Livelli Essenziali di Assistenza regionali [Allegato C) Regolamento reg.le n. 13/2007] sono quelle stabilite dalla Giunta regionale con provvedimento n.566 del 20.04.2004.
- Di approvare, provvisoriamente e fino all'entrata in vigore dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, le seguenti modalità di prescrizione delle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa Fisiokinesiterapia, ferme restando le disposizioni di cui alle leggi regionali e al Documento di indirizzo economico e funzionale vigenti in materia di assegnazione del tetto di spesa a ciascuna struttura accreditata:
 - L'assistito deve rivolgersi al proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta il quale, ove lo ritenga necessario, prescrive una visita specialistica fisiatrica indicando il motivo della prestazione richiesta o il quesito diagnostico (Reg.reg. n. 17/2003).
 - Lo specialista fisiatra pubblico, equiparato o privato accreditato (munito di contratto per l'erogazione di prestazioni sottoscritto con la ASL) prescrive sul ricettario rosso del S.S.R. un dettagliato piano terapeutico (ovvero ulteriori accertamenti diagnostici necessari per elaborare una diagnosi). A tal proposito la ASL territorialmente competente dovrà assegnare, con le modalità previste dalle disposizioni regionali, a tutte le

strutture (pubbliche, equiparate o private accreditate per la branca di FKT che hanno sottoscritto il contratto per la fornitura di prestazioni ambulatoriali), i ricettari rossi del S.S.R., appositamente contrassegnati al fine di evitarne un uso improprio,.

- Le prestazioni così prescritte sono fruibili previa sottoscrizione da parte dell'assistito di autocertificazione, resa ai sensi del DPR n.445/2000, del rispetto dei criteri e limiti di prescrivibilità stabiliti dal Regolamento regionale n. 13/2007. Le strutture erogatrici sono tenute a fornire agli assistiti ogni utile chiarimento o informazione in merito ai contenuti delle indicazioni cliniche di cui all'allegato C) al Regolamento reg.le n. 13/2007 e alle conseguenze in caso di dichiarazione mendace.
- Le strutture pubbliche, equiparate o private accreditate erogatrici hanno l'obbligo del controllo della corretta applicazione del Regolamento reg.le n. 13/2007. A tal scopo ciascuna struttura è tenuta a predisporre apposita scheda personale per ciascun assistito per la registrazione delle prestazioni dalla stessa erogate. I Direttori Generali e i Commissari Straordinari hanno l'obbligo di organizzare le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione dotandole di idonee risorse umane e strumentali atte a consentire tali verifiche. Tutti i dati registrati devono essere inviati al Distretto socio¬sanitario di appartenenza dell'assistito.
- Il Distretto socio-sanitario competente è tenuto a verificare, attraverso i dati forniti dal SISR e dalle strutture erogatrici, che non si sia contravvenuto alle disposizioni regionali anche attraverso accessi presso le strutture interessate. In caso siano riscontrate irregolarità, dopo aver acquisito dalle strutture che hanno erogato le prestazioni copia dell'autocertificazione sottoscritta dall'assistito, il Distretto dovrà procedere al recupero delle somme per le prestazioni

indebitamente fruite e alla denuncia dell'assistito all'Autorità Giudiziaria. Nell'ipotesi in cui le irregolarità derivino da un mancato controllo da parte dell'erogatore, il Distretto dovrà contestare le stesse alla struttura; alla terza contestazione l'ASL precederà alla revoca del contratto in essere.

 Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

> IL SEGRETARIO Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 maggio 2008. n. 827

Corso formativo per i Medici di Medicina Generale della Regione Puglia.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 e confermata dal Dirigente del Settore Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

- La legge regionale n. 25 del 3 agosto 2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale" e la legge regionale n. 26 del 9 agosto 2006 "Interventi in materia sanitaria", al fine di favorire l'integrazione tra cure primarie, ospedaliere e cure intermedie, hanno previsto, rispettivamente, l'istituzione dell' Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale (UDMG) e dell' Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP) presso le Aziende Sanitarie;
- Di seguito, il Contratto Integrativo Regionale, per la disciplina dei medici di medicina generale, reso esecutivo con atto giuntale nr. 2289 del 29/12/07, ha regolamentato le attività in capo ai predetti Uffici;

- L'organizzazione degli Uffici è di competenza dell'Azienda che ne affida la Direzione ad un medico di medicina generale indicato dal Comitato Permanente Aziendale, (di seguito CPA) ex art. 23 ACN 23/3/05, su proposta della Parte medica sindacale, mentre i componenti la UDMG sono eletti dai medici di famiglia del distretto con le modalità previste dall'allegato "O" dell'ACN del 23/3/05.
- La programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale necessitano di una più dettagliata conoscenza del sistema organizzativo aziendale e della disponibilità di strumenti epidemiologici, clinici e gestionali appropriati che esigono una formazione in grado di indirizzare comportamenti e attività verso azioni di sperimentata efficacia ed omogenei sul territorio regionale.
- Il programma formativo, ali. a), al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, trascritto in otto pagine, predisposto dalle organizzazioni sindacali, propone un corso che affronta tematiche riguardanti lo scenario politico-sanitario nazionale e regionale, gli aspetti di economia sanitaria di interesse per i MMG, l'epidemiologia, il disease management, l'organizzazione e la gestione delle risorse.
- In considerazione della qualità dei contenuti del predetto Corso, la Giunta Regionale, fermo restando l'autonomia organizzativa in capo alle OO.SS., riconosce il titolo conseguito al termine del programma formativo quale requisito per svolgere le funzioni proprie degli Uffici.

SEZIONE CONTABILE: ADEMPIMENTI DI CUI ALLA L.R. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

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

IL DIRIGENTE DEL SETTORE A.T.P. Dr. Fulvio Longo

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale facendo presente che tale competenza dell'organo di direzione politica all'adozione dello stesso atto è stabilita dall'art. 4, comma 4°, lett. a), della L.R. n° 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione dell'Assessore alla Sanità;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore e dal Dirigente del Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare il programma formativo "Percorsi clinico-assistenziali condivisi nella medicina generale della Regione Puglia", all. a) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, trascritto in otto pagine, composto e predisposto dalle organizzazioni sindacali di categoria;
- di riconosce il titolo conseguito al termine del corso di formazione per lo svolgimento dei compiti previsti per i componenti dell'Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale (UDMG) e dell' Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP) presso le Aziende Sanitarie.
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola

PROPOSTA DI FORMAZIONE

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI CONDIVISI NELLA MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA

1. ANALISI DEL FABBISOGNO FORMATIVO

La Regione Puglia, concentrata come molte altre Regioni sulla necessità di contenere i costi del settore sanitario intervenendo sugli assetti gestionali ed organizzativi, sta valorizzando e ponendo alla base dell'erogazione delle prestazioni i principi di efficacia clinica ed appropriatezza.

Numerosi a tal fine sono i tentativi di migliorare la qualità dell'assistenza e mantenere elevati livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisca l'integrazione tra cure primarie, ospedaliere e cure intermedie; si pensi, ad esempio:

- Legge Regionale n. 26 del 9 agosto 2006 "Interventi in materia sanitaria", che per favorire l'integrazione tra cure primarie ed ospedaliere, prevede l'istituzione di un Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie presso la Direzione generale dell'AUSL, diretto da un Medico di Medicina Generale (MMG) indicato dal Comitato permanente per la medicina generale e la Legge Regionale 25/2006 che ha istituito in ogni distretto della Regione l'Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (UDMG). L'UDMG, diretto da un medico di famiglia e composto da altri due medici di famiglia dello stesso distretto, è livello organizzativo autonomo del distretto. In tal modo sarà possibile coordinare e monitorare tutte le attività svolte dalla medicina generale in ogni distretto;
- Accordo Regionale MMG del 24 aprile 2007 per il controllo della spesa;
- DGR n. 895 del 19 giugno 2007 "Integrazione socio-sanitaria. Costituzione della Commissione Regionale per l'integrazione socio-sanitaria", con il compito di monitorare i processi di integrazione ed i risultati conseguiti nei distretti socio-sanitari.

Ne segue che l'introduzione della programmazione e del monitoraggio delle attività in medicina generale nel contesto aziendale richiede la conoscenza del sistema organizzativo aziendale e la disponibilità di strumenti epidemiologici, clinici e gestionali adeguati per soddisfare l'equazione "maggiore integrazione delle cure uguale maggiore efficienza".

Per lo sviluppo e la diffusione di comportamenti appropriati, è necessario il coinvolgimento dei professionisti e la formazione costituisce la modalità più adeguata per cogliere il loro consenso ed indirizzare la loro attività verso azioni di provata efficacia e verso comportamenti omogenei, senza incorrere nella sensazione di limitare l'autonomia professionale.

Altro elemento di rilevanza per l'implementazione di una strategia comune ospedaleterritorio, che faciliterebbe lo sviluppo di un clima favorevole al cambiamento, è la comunicazione tra tutti gli operatori del settore, realizzabile collegando i temi clinico - epidemiologici con quelli della programmazione e controllo di gestione, che faciliterebbe lo sviluppo di un clima favorevole al cambiamento.

2. PROPOSTA FORMATIVA

Il corso di formazione, così come di seguito articolato, ha lo scopo di permettere ai Medici di Medicina Generale operanti nei distretti o nelle ASL della Regione Puglia, di comprendere le scelte di politica sanitaria regionale per poter interagire nei comitati regionali in cui sono chiamati a far parte, come previsto dalle recenti disposizioni normative regionali, innanzi richiamate.

Il progetto formativo, quindi, risponde a pieno ai fabbisogni specifici della Regione Puglia, permettendo l'approfondimento di tematiche connesse la riforma dell'assistenza primaria, l'organizzazione, la struttura dei costi e la gestione delle risorse delle aziende sanitarie. In particolare, verranno approfondite le tematiche riguardanti lo scenario politico-sanitario nazionale e regionale, gli aspetti di economia sanitaria di interesse i MMG, l'epidemiologia, ed il disease management.

Il programma didattico (cfr. Allegato 1) si articola in cinque moduli, suddivisi in 10 giorni di formazione, per adeguare l'aspetto formativo alle esigenze organizzative e professionali dei destinatari del corso,

I temi che verranno approfonditi in aula e/o in seminari tematici possono essere riassunti di seguito:

- Epidemiologia
- Programmazione sanitaria: la sanità pubblica e le linee guida, obiettivi di appropriatezza, etc.
- Outcome Research e Farmacoeconomia: fondamenti e case study
- Disease Management e Case Management
- Aspetti economici: l'allocazione efficiente delle risorse.

3. IL PROCESSO FORMATIVO

Il corso proposto, che si compone di lezioni frontali, discussione di casi empirici, ed esercitazioni su tematiche di interesse per la medicina generale, è articolato in due edizioni, la prima nel periodo febbraio-dicembre 2008 e la seconda nel periodo gennaio-dicembre 2009.

Ciascuna edizione si compone di cinque moduli della durata di uno/due giorni, articolati in 10 giorni di formazione, distribuiti in un anno solare, indicativamente uno/due giorni al mese, secondo il seguente orario: 09.00-13.00 14.00-18.00.

A supporto dell'attività formativa in aula è distribuito ai partecipanti materiale didattico cartaceo e su CD Rom.

A completamento di ciascun modulo, si prevede l'effettuazione di un test di valutazione a risposta multipla che dovrà essere compilato dai partecipanti al fine di valutare il grado di apprendimento dei contenuti del corso, nonché il gradimento.

La verifica avrà lo scopo di individuare i temi di maggior interesse che potranno essere approfonditi in seminari organizzati con il contributo di esperti del settore, nazionali e regionali.

Destinatari

I destinatari del percorso formativo proposto sono i Medici di Medicina Generale (MMG) della Regione Puglia.

Si tratta in particolare di 144 MMG operanti nei Distretti Sanitari: Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (UDMG); e 6 MMG operanti nelle ASL della Regione Puglia: Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP); per un totale di 150 discenti.

Possono partecipare anche i medici componenti il Comitato Permanente Regionale per la medicina generale.

Per favorire il processo di apprendimento, il confronto e l'interazione in aula, si propone di articolare il percorso formativo nel biennio 2008 – 2009, come segue:

- un seminario a marzo 2008 di presentazione del progetto, rivolto a tutti i 150 MMG destinatari del percorso formativo;
- un primo ciclo formativo (Anno I) nel periodo aprile febbraio 2008 e rivolto a 60 discenti, suddivisi su due aule;

- un secondo ciclo formativo (Anno II) nel periodo aprile febbraio 2009 e rivolto a 90
- discenti, suddivisi su tre aule;
- un ciclo di quattro seminari di approfondimento (nel biennio 2008 2009) rivolto a tutti i destinatari del percorso formativo.

Docenti

l corsi prevedono la presenza di docenti (universitari o esperti della materia) più tutor d'aula che collaborano con il docente ed i discenti nella discussione del case study.

Sede del corso

La sede del corso è individuata presso l'Ordine dei Medici di Bari, ove saranno svolte le lezioni e i seminari.

Titolo

Il titolo conseguito al termine del corso, riconosciuto dalla Regione Puglia, conferisce ai medici degli uffici delle cure primarie aziendali e distrettuali l'acquisizione delle competenze per lo svolgimento dei compiti previsti dalle Leggi Regionali 25 e 26/06 così come disciplinate dall'accordo regionale della medicina generale del giorno 8 ottobre 2007.

5. ORGANIZZAZIONE

Enti organizzatori: FIMMG Puglia; Teva Italia, con la collaborazione della Regione Puglia: Comitato Permanente Regionale per la medicina generale; Ordine dei Medici di Bari; CEIS Sanità – Roma; SERIALEM S.a.s.- Management & Consulting in Sanità.

Segreteria Organizzativa:

Responsabile: Prof. Federico Spandonaro, coordinatore scientifico CEIS Sanità, 06-72595643, 335.6889057, federico.spandonaro@uniroma2.it.

Dr.ssa Laura Fioravanti, ricercatore CEIS Sanità, 06-72595643, 328.3263252, laura.fioravanti@uniroma2.it.

- Dr.ssa Barbara Polistena, ricercatore CEIS Sanità, 06-72595643, 347.6119036, barbara.polistena@uniroma2.it.
- Dr. Filippo Anelli, Segretario Regionale Fimmg Puglia, 080-5043779, 348.4129659, filippoanelli@fimmg.org.
- Dr. Walter Medda, Amministratore Delegato Teva Pharma Italia,.
- Dr.ssa Anna Lampugnani, Ordine dei Medici di Bari,
- Dr. Giovanni Sportelli, Ordine dei Medici di Bari
- Dr. Salvo Segreto, amministratore unico SERIALEM S.a.s, 335.8498196 serialem@libero.it

PROPOSTA DI FORMAZIONE

Allegato 1 - Calendario del corso

PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI CONDIVISI NELLA MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA

MODULO I - EPIDEMIOLOGIA

I giorno di formazione (aprile 2008)

09,00 - 11.00	Epidemiologia nella Regione Puglia
11.00 - 13.00	Rapporto sullo stato di salute nella Regione Puglia
13.00 - 14.00	Pausa pranzo
14.00 - 15.00	I processi culturali e metodologici per lo sviluppo di una organizzazione capace di apprendere
15,00 - 17.00	Indicatori di esito clinico nella medicina generale
17.00 - 18.00	Indicatori di esito clinico nella medicina generale (esercitazione)

Il giorno di formazione (maggio 2008)

09.00 - 11.00	Il sistema di finanziamento della sanità nelle Regioni italiane
11.00 - 13.00	La stima del fabbisogno e l'allocazione delle risorse
13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14,00 - 16,00	Il risk adjustment
16.00 - 18,00	La remunerazione degli erogatori

III giorno di formazione (giugno 2008)

09.00 - 11,0	00	Integrazione socio-sanitaria e i nuovi modelli assistenziali
11.00 - 12,3	0	L'appropriatezza come criterio generale di regolazione del sistema sanitario
12.30 - 13.0	00	La verifica dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie (esercitazione)
13,00 - 14,0	00	Pausa pranzo
14.00 - 18.0	00	Atti e procedure amministrative

MODULO II - PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

IV giorno di formazione (giugno 2008)

9,00 - 10,00	La situazione economico-finanziaria della Regione Puglia e la connessa situazione sanitaria
10.00 - 13.00	Legge Finanziaria Regionale e Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale
13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14,00 - 16,00	Gli interventi di sanità pubblica e le linee guida regionali
16,00 - 18,00	I livelli essenziali di assistenza

MODULO III – OUTCOME RESEARCH E FARMACOECONOMIA

V giorno di formazione (luglio 2008)

09,00 - 11,00	Le logiche del governo clinico
11,00 - 13.00	L'evidence based medicine e l'evidence based health care
13,00 - 14.00	Pausa pranzo
14,00 - 16,00	L'attuazione del governo clinico per il miglioramento della qualità assistenziale
16,00 - 18,00	Esercitazione

VI giorno di formazione (settembre 2008)

09,00 - 11,00	L'evoluzione dell'HTA
11.00 - 13.00	1 principi di valutazione economica
13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14,00 - 16,00	I principi di valutazione economica
16,00 - 18.00	Esercitazione

MODULO IV - DISEASE MANAGEMENT E CASE MANAGEMENT

VII giorno di formazione (ottobre 2008)

09,00 - 11,00	Analisi costi-efficacia e costi-utilità
11,00 - 13,00	Esercitazione

13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14.00 - 16,00	Lo sviluppo e l'approvazione di nuovi farmaci
16.00 - 18,00	Case study

VIII giorno di formazione (novembre 2008)

09,00 - 11,00	Misure di esito e outcome research
11,00 - 13,00	I sistemi di valutazione delle performance nella medicina generale
13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14.00 - 16.00	Le logiche del disease management e il ruolo dei care managers a livello nazionale e internazionale
16.00 - 18,00	La riforma dell'assistenza primaria

MODULO V – L'ALLOCAZIONE E EFFICIENTE DELLE RISORSE

IX giorno di formazione (novembre 2008)

09,00 - 11,00	Principi di contabilità economico patrimoniale e analitica
11,00 - 13,00	Programmazione e controllo delle aziende sanitarie
13,00 - 14,00	Pausa pranzo
14.00 - 16,00	Programmazione e controllo delle aziende sanitarie
16.00 - 18,00	Pianificazione strategica e balanced score card

X giorno di formazione (dicembre 2008)

09.00 - 11,00	I principi di budget
11,00 - 13,00	Il budget dei servizi territoriali
13.00 - 14,00	Pausa pranzo
14.00 - 16.00	Esercitazione
16,00 - 18,00	Chiusura del corso e valutazioni finali

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIO-NALE 23 maggio 2008. n. 828

Istituzione dell'anagrafe canina regionale informatizzata (A.C.I.R.) per il contenimento ed il controllo della popolazione canina sul territorio della Regione Puglia.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dott. Alberto Tedesco, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 2°, confermata dal Dirigente dello stesso ufficio e dal dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Con l'art. 2 della L.R.26/06 è divenuta obbligatoria l'esigenza improrogabile relativa all'impianto ed alla tenuta dell'anagrafe canina su base informatizzata regionale al fine di consentire l'immediata identificazione e quantificazione dei cani presenti nel territorio;.

L'Anagrafe Canina Informatizzata regionale (ACIR) deve consentire l'interazione fra gli Enti Pubblici (Regione - AUSL - COMUNI) ed i soggetti privati (Medici Veterinari liberi professionisti, Associazioni di volontariato, proprietari di strutture per il ricovero degli animali sia randagi che di proprietà) mediante l'uso di una banca dati che costituisca un punto di riferimento unico, facilmente aggiornabile e consultabile.

L'anagrafe canina, in particolare, rappresenta il mezzo più idoneo per garantire i diritti di proprietà ma anche i doveri ad essi connessi, permette di tutelare il benessere animale e di contrastare l'abbandono degli animali, ma anche di programmare gli interventi di sanità pubblica veterinaria finalizzati alla prevenzione delle malattie che si trasmettono dal cane all'uomo. Questo sistema consente la pronta restituzione al proprietario ed all'ambiente di vita abituale, dei soggetti trovati vaganti sul territorio, con un risparmio per l'ente pubblico delle spese di custodia e mantenimento dell'animale catturato.

L'istituto dell'anagrafe canina consiste nella registrazione del singolo cane che viene identificato, attualmente tramite microchip e messo in relazione ad un detentore, al fine di:

- stabilire la proprietà e consentire la restituzio-

- ne dell'animale eventualmente sfuggito alla custodia del proprietario;
- individuare la responsabilità per quanto riguarda i doveri di custodia e mantenimento del benessere animale.

L'identificazione degli animali è quindi la prima ed indispensabile condizione per garantire la tutela giuridica ed il controllo sanitario della popolazione canina ed è per questo che ciascuna delle Istituzioni coinvolte nella gestione di questo fenomeno auspicano una completa attuazione ed il raggiungimento del 100% nell'iscrizione dei cani.

Oltre a rendere più facile la restituzione al proprietario, il sistema delle anagrafi, nazionale e territoriali, istituito con l'accordo Stato-Regioni del 6 febbraio 2003, garantisce la certezza dell'identificazione del cane, rappresenta un efficace strumento di dissuasione degli abbandoni, favorisce studi e interventi per la prevenzione e cura delle malattie degli animali.

L'attivazione del sistema di identificazione degli animali richiede necessariamente, per poter essere correttamente condotta e fornire agevolmente le informazioni richieste, di potersi avvalere di strumentazioni informatiche e di personale per l'utilizzo delle stesse.

L'anagrafe canina regionale informatizzata consentirà il contenimento del fenomeno "Randagismo" che, allo stato attuale, provoca notevoli danni sia di natura sociale che economica:

- Diffusione di malattie infettive (echinococcosi, leishmaniosi, rogne, micosi, ecc.);
- Morsicature che provocano ricoveri presso i Presidi Ospedalieri e consequenziali spese per la profilassi antirabbica;
- Costo relativo alle cure ed al mantenimento dei cani accalappiati presso le strutture di ricovero -Canili Sanitari e Rifugi di pertinenza comunale.
- Costi relativi ai rimborsi per i danni causati dai cani vaganti.

Premesso quanto sopra:

Vista la Legge 14/08/1991 n°281-"Legge qua-

dro in materia di animali d'affezione e prevenzione del randagismo".

Vista la Legge Regionale 03/04/1995 n°12 - "Interventi per la tutela degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo".

Vista la DGR n° 3820 del 08.08.1996 - "Legge Regionale 03 aprile 1995, n° 12 - art.3 concernente l'anagrafe canina ed art. 4 concernente il contrassegno di riconoscimento Direttiva Regionale".

Vista la DGR n° 4060 del 10.11.1998 - "Modifica ed integrazione della Delibera Giunta Regionale del 08 agosto 1996 , n° 3820 Legge Regionale 03/ aprile 1995 n°12 - art. 3 concernente l'anagrafe canina e art. 4 concernente il contrassegno di riconoscimento : Direttiva Regionale". Con la quale viene resa obbligatoria l'identificazione dei cani mediante l'uso del microchip.

Vista la Circolare Min. Sanità n° 5 del 14/05/2001. "Attuazione della legge 14 agosto 1991, n.281". in cui si ribadisce la necessità della istituzione della anagrafe canina informatizzata, esigenza nazionale al fine di consentire l'immediata identificazione di tutti i cani presenti nel territorio, e la relativa gestione sanitaria;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 febbraio 2003, recepimento dell'Accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni stipulato il 6 febbraio 2003 in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy

Il suddetto Accordo, prevede l'introduzione del microchips partire dal 1 gennaio 2005, come unico sistema di identificazione dei cani e la creazione di una Banca Dati informatizzata su base regionale che garantisca la connessione con quella nazionale istituita presso il Ministero della Salute

Considerato che altre Regioni hanno già provveduto a costituire una anagrafe canina informatizzata mediante l'utilizzo dei più moderni sistemi informatici consultabile attraverso l'uso di apposito sito internet.

Vista la DGR 7094/97 concernente la realizzazione della rete di informatizzazione, sistema informativo veterinario regionale (SIVET), per il collegamento dei servizi veterinari ASL dell'IZS di Foggia e dell'UVAC di Bari con l'ufficio veterinario regionale

Con DGR 2578/1998 e DGR 334/2008 è stato affidato all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata la gestione dell'anagrafe bovina

Viste le finalità della DGR 2578/1998 con la quale la Regione ha affidato all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata la gestione delle anagrafi animali

Vista la nota a firma del Presidente dell'IZS di Puglia e Basilicata prot. n. 7260 del 22/05/2007 con la quale lo stesso Istituto si impegna ad includere la Gestione dell'ACIR nell'ambito della convenzione riferita alla gestione dell'Anagrafe e movimentazione degli animali da allevamento, senza oneri aggiuntivi per l'amministrazione regionale,

Visto il Manuale Operativo predisposto dal suddetto Istituto all'interno del rapporto convenzionale in essere

Per quanto sopra si ritiene opportuno rendere operativa la gestione on-line ed informatizzata dell'anagrafe canina regionale, mediante l'affidamento del servizio già sancito con DGR 2578/1998 e DGR 334/2008, secondo le modalità del suddetto Manuale Operativo.

COPERTURA FINANZIARIA

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

Il Dirigente dell'Ufficio Dr. Onofrio Mongelli Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della G.R. ai sensi dell'art. 4, comma 4°, lettera k) della L.R n. 7/97

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

LA GIUNTA

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

DELIBERA

Per i motivi esposti in narrativa e quivi riportati a farne parte integrante e sostanziale, di rendere operativa l'Anagrafe Canina Informatizzata Regionale (AC.IR.) secondo le modalità contenute nell'allegato al presente provvedimento

di autorizzare il dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione a porre in essere gli ulteriori atti necessari per l'attuazione della realizzazione dell'Anagrafe Canina Regionale Informatizzata.

di affidare ai Direttori Generali e Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali la promozione di incontri con gli Ordini Provinciali dei medici veterinari, i Comuni e le Associazioni animaliste presenti nel territorio di competenza, al fine di rendere note le procedure operative previste nell'Allegato e concordare ogni azione indirizzata alla reale implementazione dell'ACIR.

La presente deliberazione è immediatamente esecutiva e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola





REGIONE PUGLIA

ACIR

"Anagrafe Canina Informatizzata Regionale" Vers. 1.0



Autori e Collaboratori:

Dott. Mongelli Onofrio Dott. Chiocco Doriano Dott. Ferraro Mosè

(Dirigente Ufficio Sanità veterinaria e controllo Istituto zooprofilattico)

(direttore sanitario IZS) (esperto informatico)

06 giugno 2007 1.0 Data realizzazione:

Release:

Autori e Collaboratori:

Dott. Mongelli Onofrio Dott. Chiocco Doriano Dott. Ferraro Mosè (Dirigente Ufficio Sanità veterinaria e controllo Istituto zooprofilattico) (direttore sanitario IZS)

(esperto informatico)

Data realizzazione: marzo 2008

Release: 1.0

INDICE

Premessa	3
1. L'Anagrafe Canina come applicazione web-based	
1.1 Vantaggi	6
1.2 Contesto di esecuzione	6
2. Architettura	7
2.1 Struttura Architetturale	
2.2 Livello di presentazione	8
2.3 Livello intermedio	8
2.4 Livello dati	9
2.5 Creazione della Banca Dati dell'Anagrafe Canina e implementazione	
Anagrafe Canina Nazionale	9
3. Manuale Operativo	10
3.1 Accesso al sito dell'IZS Puglia e Basilicata	
3.2 Accesso all'area di lavoro dell'Anagrafe Canina	
3.3 Accesso all'Anagrafe Canina	
3.4 Menu Principale Anagrafe Canina	
3.5 Sezione "Cani"	
3.5.1 Inserimento e modifica dati del cane	16
3.5.2 Cambia Proprietario	22
3.5.3 Storico Cambi Proprietario	
3.6 Sezione "Proprietari"	
3.6.1 Inserimento nuovo proprietario	
3.6.2 Ricerca/Modifica proprietario	
3.6.3 Ricerca cani stesso proprietario	
3.7 Sezione Strutture di Accoglienza	
3.7.1 Inserimento struttura di accoglienza	
3.7.2 Ricerca/Modifica struttura di accoglienza	32
3.7.3 Ricerca cani struttura di accoglienza	
3.8 Stampe ed Elenchi	34
3.8.1 Stampa Cani	
3.8.2 Stampa Proprietari Cani e Strutture di Accoglienza	
3.8.3 Esempi di Stampe	
3.9 Stampa Modulistica	
3.10 Utilità.	
3.11 Links utili	
4. Problematiche	40
T. I I UVICINGUEIRU	·····
5 Conclusione	50

PREMESSA

Il progetto dell'Anagrafe Canina Regionale offre un servizio che permette di:

- Registrare e monitorare i dati anagrafici e sanitari del patrimonio cinofilo, identificati tramite l'introduzione sottocutanea di un minuscolo microchip, per avere informazioni aggiornate e facilmente consultabili circa l'appartenenza, l'indirizzo e la situazione sanitaria di ogni cane iscritto
- Registrare e monitorare i dati anagrafici dei proprietari per una serie di operazioni correlate di enorme utilità.
- Permettere la visualizzazione o la stampa di report per avere in qualsiasi momento la situazione sia globale che locale del patrimonio.

L'iniziativa è dunque rivolta alle ASL, ai Comuni, ed eventualmente anche ai privati che, utilizzando questo sistema, possono, anche se a livelli differenti, usufruire immediatamente delle informazioni loro necessarie per fini specifici.

Criteri di autorizzazione degli utenti e modalità di accesso ai dati:

L'accesso sarà personale.

Si distinguono due tipologie generali di utenti:

- 1) Utente abilitato ad operare nel sistema distinto in due tipologie:
 - Utente dei servizi veterinari ASL: con autorizzazione del direttore del Servizio Veterinario di Sanità Animale inviata al CED il quale formirà all'utente richiedente username e password per l'accesso.
 - Utente Libero professionista: con autorizzazione del Servizio Veterinario di Sanità Animale della ASL competente inviata al CED il quale fornirà all'utente richiedente username e password per l'accesso.
- 2) Utente abilitato solo alla consultazione (Utenti appartenenti agli enti locali della regione, Associazioni, Singoli Cittadini, ecc.): dopo aver mandato richiesta formale al CED questi fornirà all'utente richiedente username e password per l'accesso.

Ogni utente, autorizzato dagli uffici competenti, dotato di *username* e *password* può accedere, ovviamente nel totale rispetto della legge sulla privacy, a tutta una serie di informazioni di livello differente riguardanti l'identità e lo stato sanitario dell'animale.

Il veterinario libero professionista può visualizzare la scheda anagrafica di ogni suo paziente ed aggiornare la situazione sanitaria del soggetto in termini di vaccinazione, anamnesi, patologie ed eventuali terapie.

L'ASL può visualizzare le schede complete di tutti gli animali presenti nel proprio territorio giurisdizionale compresi i dati dei proprietari e dei detentori.

Per tutti è possibile tramite il numero del microchip visualizzare l'ASL alla quale rivolgersi per avere informazioni su un determinato animale.

Con questa metodica dunque, non solo si realizza una immediata disponibilità di dati ed informazioni, ma è possibile monitorare e controllare, una determinata situazione o emergenza sanitaria in un territorio molto vasto con costi relativamente bassi e certamente inferiori a quelli richiesti dalla realizzazione di un database per ogni ASL. (fig. 1)

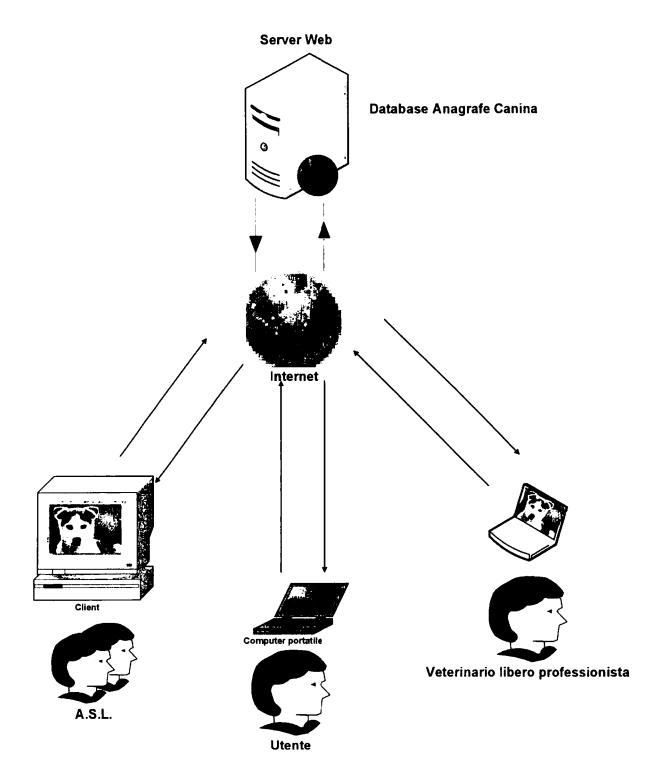


fig. 1

Utilità:

Molteplici sono i vantaggi derivanti dall'adesione a questo sistema di registrazione dei cani:

- immediata identificazione del padrone o del detentore di un animale smarrito;
- deterrente ai furti un animale sempre identificabile non può essere rivenduto;
- inibizione degli abbandoni, in quanto il cane porta per sempre in sé il nome del proprietario che, in caso di abbandono o incuria, andrebbe incontro a pesanti sanzioni.

Perché Identificare

Se l'animale identificato con microchip viene smarrito o rubato, può essere rintracciato facilmente grazie alle banche dati nelle quali lo stesso animale è registrato.

Il sistema di identificazione elettronica è un deterrente per chi intende liberarsi del proprio animale.

Identificazione del cane

La vecchia metodologia d'identificazione del cane si avvaleva del "tatuaggio" che comportava molti disagi:

- a) necessità di una sedazione od anestesia;
- b) difficoltà di lettura dei dati tatuati;
- c) scolorimento dell'Inchiostro:
- d) enorme diversificazione di sigle tatuate:

Per ovviare alle suddette problematiche, gli enti competenti hanno trovato risposte positive dell'utilizzo del trasponder (microchip)

Il codice del microchip

Le prime tre cifre del codice identificano la ditta produttrice, seguono delle cifre "random" (sequenza casuale) a completamento del codice.

Sede del microchip

In Europa il microchip viene impiantato nel sottocute della porzione media sinistra del collo

Il microchip

Il microchip ISO, detto anche trasponder, è costituito da una capsula iniettabile di vetro biocompatibile. Essa contiene un chip su cui è impresso un codice a 15 cifre.

Il microchip non attivato è completamente inerte e non emette alcun tipo di onda.

La superficie esterna della capsula è trattata con microsolchi per facilitare l'ancoraggio nei tessuti sottocutanei ed impedime la migrazione.

Il microchip ha una dimensione esterna di circa mm 11 di lunghezza e di mm 2 di diametro, ed è contenuto in un ago monouso, che può essere applicato su una particolare siringa o altro iniettore che, per ottemperare alle basilari norme di igiene, è sterile e monouso.

Il microchip impiantato accompagnerà il cane per tutta la vita.

L'ago contenente il microchip

L'ago è incapsulato in un involucro sterile da aprire immediatamente prima dell'uso .

La confezione riporta una data di scadenza che si riferisce alla sterilità dell'involucio.

Per accertarne il funzionamento è consigliabile un periodico controllo tramite un lettore.

1. Anagrafe Canina come applicazione Web-based

1.1 Vantaggi

La nostra applicazione Web si pone come valida alternativa alle tradizionali applicazioni Client/Server per vari motivi:

- facilità di distribuzione e aggiornamento: un'applicazione Web si trova interamente sul server, per cui la pubblicazione sul server coincide con la distribuzione e l'aggiornamento effettuato sul server è automaticamente reso disponibile a tutti gli utenti;
- accesso multipiattaforma: l'accesso all'applicazione è indipendente dall'hardware e dal sistema operativo utilizzato dagli utenti;
- riduzione del costo di gestione: l'uso di Internet come infrastruttura per un'applicazione Web riduce notevolmente sia i costi di connettività che i costi di gestione dei client;
- scalabilità: un'applicazione Web ben progettata può crescere insieme alle esigenze dell'azienda senza particolari problemi.

1.2 Contesto di esecuzione

Un elemento molto importante nella progettazione di applicazione Web è il contesto in cui verrà eseguita l'applicazione: Internet, Intranet o Extranet.

Se il contesto di applicazione è **Internet**, occorrerà prendere in considerazione la compatibilità con diversi tipi e versione di browser, sarà necessario tenere conto delle velocità di accesso alle risorse e di conseguenza alla riduzione delle dimensioni del materiale da scaricare e all'ottimizzazione dei tempi di risposta da parte del server. Nel caso di trasferimento di documenti e informazioni riservate sarà opportuno prevedere l'uso di protocolli sicuri.

Nel caso di Intranet vengono meno le considerazioni relative alla compatibilità con i browser e alla velocità di accesso alle risorse, per cui si ha una maggiore libertà nello sviluppo dell'applicazione. Se il contesto di esecuzione è Extranet, cioè una Intranet accessibile totalmente o in parte anche dall'esterno, è necessario riconsiderare la parte accessibile dall'esterno in base a considerazioni fatte sul contesto Internet. In ogni caso una particolare cura dovrà essere posta nel controllo delle autorizzazioni di accesso all'applicazione da parte degli utenti esterni.

2. Architettura

2.1 Struttura Architetturale

L'Anagrafe Canina Informatizzata Regionale (ACIR) è una applicazione web based realizzata con tecnologia Microsoft .NET e basata su database relazionale Microsoft SQL Server; lavora in ambiente Microsoft Windows Server (2003).

I componenti fondamentali di un'applicazione Web sono analoghi, per certi versi, a quelli di una tradizionale applicazione client/server.

Una tipica applicazione client/server è costituita da un client che implementa l'interfaccia utente con alcune funzionalità di elaborazione e di comunicazione e da un server che fornisce una serie di servizi come la gestione e l'accesso ai dati di un database.

Nell'ambito Web l'interazione tra client e server è un po' più articolata per consentire l'integrazione di componenti di varia natura. Un'applicazione Web si basa su elementi software standard indipendenti dalle caratteristiche della particolare applicazione e dalla piattaforma software e hardware su cui viene eseguita. Un'applicazione Web, nella maggior parte dei casi, si sviluppa su tre livelli logico-funzionali (applicazioni Three-Tier) ma che possono essere distribuiti anche su più livelli (applicazioni Multi-Tier):

- livello di presentazione rappresenta l'interfaccia utente dell'applicazione e si occupa di acquisire dati e visualizzare risultati;
- livello intermedio si occupa delle elaborazioni dei dati in base alla cosiddetta business logic, cioè
 all'insieme delle regole per cui i dati sono considerati significativi e le loro relazioni consistenti; le
 elaborazioni del livello intermedio generano i risultati richiesti dall'utente;
- livello dati rappresenta l'insieme dei servizi offerti da applicazioni indipendenti dal Web, come ad esempio un gestore di database, un sistema di gestione di posta elettronica, ecc. (Fig. 2)

Nella seguente figura è mostrata l'architettura tipica di un'applicazione Web.

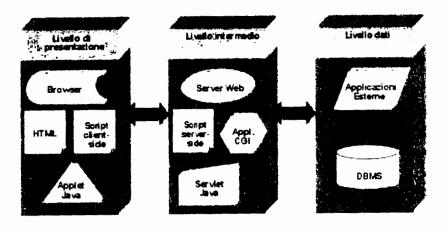


Fig. 2

Non sempre i livelli logici di un'applicazione Web corrispondono a locazioni fisiche sulla rete. Si va dal caso in cui tutti e tre i livelli risiedono sulla stessa macchina a varie altre distribuzioni fino alla corrispondenza di ciascun livello con una macchina fisica.

Di seguito verranno analizzati i livelli architetturali di una tipica applicazione Web e le varie modalità di progettazione.

2.2 Livello di presentazione

Il livello di presentazione costituisce l'interfaccia utente dell'applicazione Web e corrisponde a quello che nelle applicazioni client/server standard è il client.

Esso è costituito da vari componenti combinati tra loro: browser, documenti HTML, applet Java, controlli ActiveX. La capacità di utilizzo di questi elementi da parte della piattaforma client è uno dei problemi principali nella realizzazione di questo livello.

Le soluzioni vanno dalla scelta di sfruttare al massimo le capacità elaborative del client, alla realizzazione di un livello di presentazione universale.

In genere l'identificazione del contesto di esecuzione dell'applicazione contribuisce in larga parte a delineare le soluzioni da adottare nella realizzazione del livello di presentazione.

Un altro elemento da prendere in considerazione è il livello di complessità dell'interfaccia utente dell'applicazione. Il linguaggio HTML, nato per la distribuzione di documenti in ambienti distribuiti, non consente di progettare interfacce utenti molto avanzate (drag-and-drop, tree-view control, tabbed control, ecc.). Una soluzione è quella di prevedere un insieme di pagine HTML standard, arricchite da applet Java.

2.3 Livello intermedio

Il livello intermedio di un'applicazione Web contiene la logica elaborativa dell'applicazione. Esso è in grado di soddisfare le richieste di dati e di elaborazione del client. Le modalità di realizzazione del livello intermedio dipendono spesso dalle caratteristiche e dalle tecnologie supportate dal server Web e/o da componenti installati sul server applicativo. In ogni caso la funzionalità fondamentale del server Web su cui si basa l'intera applicazione è il supporto di elaborazioni.

In base alla tipologia di applicazione da sviluppare è opportuno prevedere funzionalità particolari, come ad esempio:

gestione delle transazioni: gestione affidabile del flusso dati;

gestione della sicurezza e della riservatezza: gestione della sicurezza nell'accesso all'applicazione e la riservatezza nella trasmissione di informazioni; la gestione della sicurezza è spesso realizzata tramite l'autenticazione della password d'utente, mentre la riservatezza si basa su protocolli ad hoc, come SSL (Secure Socket Layer) o PCT (Private Communications Technology).

Il livello intermedio di un'applicazione Web può essere costituito da un insieme di script, componenti e programmi interagenti tra di loro e con il server Web tramite le seguenti tecnologie:

Common Gateway Interface (GCI): consente l'attivazione di un programma o di uno script su richiesta del client (portabile su qualsiasi piattaforma).

Internet Server Application Programming Interface (ISAPI): consente l'esecuzione di una libreria dinamica (DLL) all'interno dello spazio di memoria del server Web (funziona solo su piattaforma Windows).

Active Server Pages (ASP): consente l'interpretazione di script nell'ambiente del server Web e la creazione in modo dinamico di documenti Web (funziona solo su piattaforma e server Web Windows).

Java Servlet: consente di eseguire classi Java su richiesta del client (portabile su qualsiasi piattaforma).

2.4 Livello dati

Il livello dati fornisce servizi non direttamente disponibili tramite il Server Web. Questi servizi sono generalmente forniti da applicazioni indipendenti dall'ambiente Web e spesso costituiscono le applicazioni preesistenti in un'azienda.

Tipici esempi di applicazioni presenti a questo livello sono:

- server dati (DBMS);
- server di mail;
- server di documentazione elettronica.

In genere è opportuno prevedere dei componenti dell'architettura dell'applicazione che fungono da connettori tra il livello intermedio e il livello dati. Infatti, utilizzando dei connettori per l'interazione con applicazioni esterne non standard si facilita la manutenibilità nel caso in cui queste vengano modificate o sostituite (es. ODBC, OLEDB).

2.5 Creazione della Banca Dati dell'Anagrafe Canina e implementazione Anagrafe Canina Nazionale

Per creare la Banca Dati dell'Anagrafe Canina Regionale sarà necessario recuperare le informazioni sul patrimonio cinofilo distribuito in tutte le ASL.

Questo verrà realizzato attraverso applicativi informatici che, a seconda della tecnologia del software di gestione delle varie banche dati, provvederanno ad unificare le informazioni raccolte.

Tutti i dati relativi al patrimonio dei soggetti animali iscritti nell'anagrafe regionale, verranno inviati periodicamente tramite file XML o Web Service al Ministero della Salute che provvederà a inserirli nella Banca Dati dell' Anagrafe Canina Nazionale consultabile anche via internet.

3. Manuale Operativo

3.1 Accesso al sito dell'IZS Puglia e Basilicata

La prima fase è quella di accesso al sito dell' IZS di Puglia e Basilicata, digitando nella barra indirizzi di Internet Explorer il nome del sito: www.izsfg.it (Fig.1).

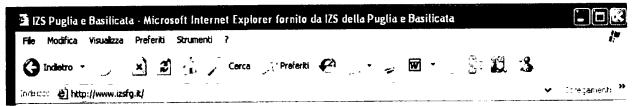


Fig. 1 - Accesso al sito dell'IZS Puglia e Basilicata

3.2 Accesso all'area di lavoro dell'Anagrafe Canina

Nella pagina iniziale del sito dell'IZS (fig. 2), nella sezione progetti, possiamo notare i collegamenti alle aree di lavoro quali:

- 1. Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale;
- 2. Anagrafe Canina Informatizzata Regionale;
- 3. Anagrafe Bovina Regionale.



fig. 2 - Pagina Iniziale del Sito dell'IZS Puglia e Basilicata

3.3 Accesso all'Anagrafe Canina

Cliccando sull' area di lavoro "Anagrafe Canina" (fig. 2) si accede alla maschera di Login della stessa (fig. 3).



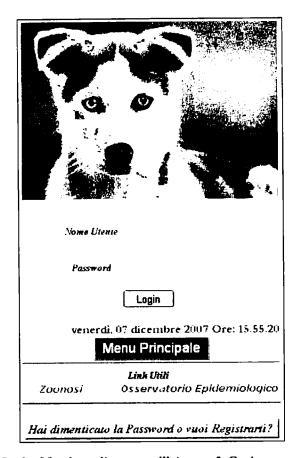


fig. 3 - Maschera di accesso all' Anagrafe Canina

L'accesso all'Anagrafe Canina avviene mediante l'inserimento di un *Nome Utente* ed una *Password* opportunamente forniti ad ogni utente autorizzato ad entrare. Se non si dispone di tali autorizzazioni si può cliccare sul pulsante "*Hai dimenticato la Password o vuoi Registrarti*?", compilare i campi della maschera (fig. 3.1) con i propri dati e inviarli con il tasto "*Invia*" per essere contattati successivamente.

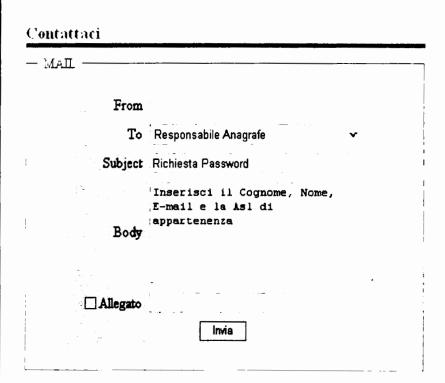


fig. 3.1 - Maschera di invio dei propri dati per la registrazione

Gli utenti saranno riconosciuti dal sistema e a seconda della loro tipologia avranno acceso a informazioni specifiche.

Abbiamo quattro tipologie di utenti:

- 1. Veterinari e Utenti autorizzati dei Serv. Vet. ASL.
- 2. Utenti Veterinari Liberi Professionisti.
- 3. Utenti appartenenti agli enti locali della regione.
- 4. Utenti semplici (Associazioni, Singoli Cittadini, ecc.).

che potranno effettuare operazioni differenziate per ciascuna tipologia di utente:

- 1. Veterinari e utenti autorizzati dei Serv. Vet. ASL:
 - Inserimento, Modifica del patrimonio cinofilo del proprio territorio ASL.
 - Inserimento, Modifica dei dati riguardanti i proprietari e i detentori del proprio territorio ASL.
 - Visualizzare i dati riguardanti cani e proprietari che non appartengono al proprio territorio ASL.

2. Utenti Veterinari Liberi Professionisti.

- Inserimento, Modifica del patrimonio cinofilo inserito da loro stessi.
- Inserimento, Modifica dei dati, inseriti da loro stessi, riguardanti i proprietari e detentori dei cani
- Visualizzare i dati per contattare la ASL di appartenenza del cane non inserito da loro stessi o appartenente ad un altro territorio ASL.
- 3. Utenti appartenenti agli enti locali della regione.
 - Nessun inserimento o modifica alla banca dati.
 - Visualizzare i dati riguardanti cani e proprietari che appartengono all'intero territorio regionale
- 4. Utenti semplici (Associazioni, Singoli Cittadini, ecc.).
 - Nessun inserimento o modifica alla banca dati.
 - Visualizzare i dati riguardanti la ASL di appartenenza del cane sia del territorio ASL.



La ricerca del cane è effettuata attraverso l'inserimento del codice identificativo: il MICROCHIP. Se il cane è di propria competenza potrò visualizzare la maschera con il dettaglio dei dati per eventuali modifiche altrimenti visualizzerò i dati relativi alla ASL di competenza.

Dal Menu principale dell'anagrafe canina è possibile accedere a varie sezioni (fig. 4):



fig. 4 - Menu principale Anagrafe Canina

- 1. Sezione "Cani";
- 2. Sezione "Proprietari";
- 3. Sezione "Strutture Accoglienza";
- 4. Sezione "Stampe ed Elenchi";
- 5. Sezione "Utilità";
- 6. Sezione "Links Utili".

Nelle nostra banca dati sono registrati tutti i cani che hanno un Microchip che è la condizione necessaria e sufficiente per la registrazione.

3.5 Sezione "Cani"

3.5.1 Inserimento e modifica dati del cane

Dal Menu Nella Sezione Cani è possibile inserire un nuovo cane, ricercare un cane già inserito, effettuare il cambio del proprietario di un cane, visualizzare lo storico cambi di proprietà per consultare i dati relativi ai vari passaggi di proprietà del cane (fig. 5).



fig. 5 - Sezione Cani

Nel caso in cui si sceglie di inserire o modificare i dati di un cane già inserito, dovrò innanzitutto inserire il codice del Microchip per controllare se il cane è già stato inserito in banca dati (fig. 5.1).

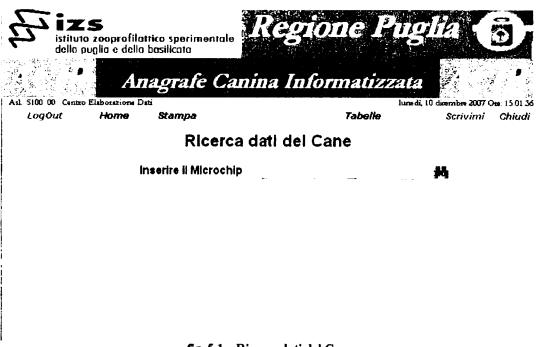


fig. 5.1 - Ricerca dati del Cane

Se il cane è già presente in anagrafe la maschera mi proporrà di modificare i suoi dati (fig. 5.2).



fig. 5.2 - Microchip del cane trovato

Se invece il cane non è presente in anagrafe la maschera mi proporrà di registrarlo inserendo i suoi dati (fig. 5.3).



fig. 5.3 - Microchip del cane non trovato

Se il cane non è presente e scelgo di inserire i suoi dati la maschera proposta sarà quella di inserimento dei dati per una nuova registrazione (fig. 5.4).

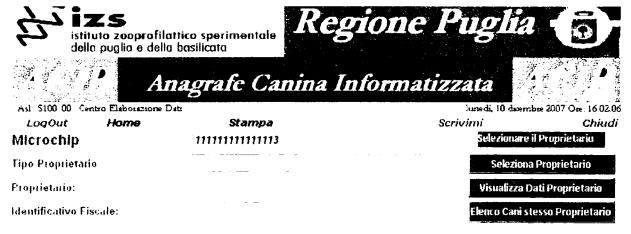


fig. 5.4 - Maschera di registrazione nuovo cane

Come si può osservare dalla figura precedente il codice del Microchip è lo stesso inserito precedentemente per la ricerca infatti il campo "MICROCHIP" non è digitabile.

La stessa cosa vale per i campi relativi al proprietario infatti il passo successivo sarà quello di ricercare un proprietario già presente in banca dati utilizzando il tasto "Seleziona Proprietario".

La maschera successiva (fig. 5.5), che è quella di ricerca proprietario (vedi Cap. 6), ci permetterà di ricercare e selezionare da una lista il proprietario del cane.

N.B. E' buona norma assicurarsi sempre che il proprietario del cane sia presente in banca dati prima di inserire i dati relativi al cane.



Fig. 5.5 - Maschera di Ricerca Proprietario o Struttura di Accoglienza

FERRANTE

ANTONIO

HNU4HF489FHY849F

Apri

Se il proprietario non è presente in anagrafe il sistema ci permetterà di effettuare l'inserimento, passare alla fase inserimento nuovo proprietario (Cap. 6) ed in seguito riprendere la procedura di registrazione nuovo cane.

Se invece il proprietario è presente il sistema ci permetterà di selezionarlo da una lista con il pulsante "Apri" (fig 5.5), si ritorna poi alla maschera di inserimento dati del cane (fig 5.6) con i dati del proprietario già inseriti nei campi relativi della maschera.

67 uppillioning aller				**
Sizs istituto zoopro della puglia e d	ofilattico sperimentale della basilicata	Regione I	Puglia	
Asl. \$100 00 Centro Elaboracio	Anagrafe Canin	a Informatiz	(A)	10pm 2007 Ope 16.5
LoqOut Home	Stampa	S	crivimi	Chii
MICROCHIP	11111111111111			
lip∘ Proprietario	Sinyolo Cittadino			
Proprietario:	FERRANTE ANTONIO		Visualizza (Dati Proprietario
deutificativo Fiscale:	HNU4HF489FHY849F	-	Elenco Cani s	tesso Proprietar
azza		✓ Sesso: '		<u> </u>
omune SPINAZZO	OLA	Data di Nascita:		
ome		ASL:	101	-
nglia		→ Data Smarrlmento	:	
olore		✓ Data Decesso:		
elo		✓ Causa Decesso:		
ditizzo		ASL dl prov:		•
egni Particolari		Stato di prov:		•
nplego	-	Steril.:	Morsicator	e: 🕶
terinario Microchip	•	→ Data Pass.:		
nte Microchip		№ Pass.:		
ata Certificato:		N. Scheda		-
ata Inserimento:		Salva	Stampa n	1 0 0

Fig. 5.6 - Maschera di registrazione nuovo cane con i dati del proprietario scelto

Come si può evincere dalla figura 5.6 sopra descritta i campi già riempiti sono quelli relativi ai dati del proprietario del cane: il **Tipo Proprietario**, il **Nome**, l'Identificativo Fiscale, il Comune e l'ASL di appartenenza; dobbiamo a questo punto inserire i restanti campi che sono specifici dell'animale.

Passiamo ora ad analizzare quali sono questi campi partendo dai campi obbligatori contrassegnati in rosso:

La Razza: selezionabile dall'elenco delle razze nella combo box: queste sono quelle corrispondenti a quelle dell'ENCI;

Il Sesso: selezionabile dall'elenco nella combo box:

La Data di Nascita del cane.

Seguono poi altri campi relativi al cane non obbligatori ai fini della registrazione ma alcuni necessari all'identificazione dell'animale.

E' possibile inserire altresì un N. Scheda per contraddistinguere uronteriero di registrazione cartacea.

Una volta inseriti i dati del cane, perché avvenga la registrazione, si procederà al salvataggio: pulsante "Salva".

nlleb	puglia e della b						
	Ana	agrafe Canin	a I	nformat	izzai	a Pi	
Asl. 3100 00 Cemb LogOut	o Elaborazione Data	Stampa			lun Scrivim	edi, 10 dicembre 2 ii	007 O± 10 CF
IICROCHIP	rione	111111111111111			001141111	•	31
po Proprietacio		Singolo Cittadino					
optietario:		FERRANTE ANTONIO			1	Visualizza Dati I	Proprietar
lentificativo Fisc	ale:	HNU4HF489FHY849F			Ē	enco Cani stess	o Propriet
azza •			v	Sesso:	=		v
Mittile	SPINAZZOLA			Data di Nascita	:		
ome	1			ASL:		101	
agli a			~	Data Smarrime	nto:		
olore			~	Data Decesso:		_	
olo			. •	Causa Decesso	:		
dirizzo				ASL di prov:		•	•
ogni Particolari				State di prov:		•	•
nplego	1			Steril.:	. 1	Morsicatore:	•
terinario Moroohip			•	Data Pass.:			
nte Microchip	. –			Nº Pass.:		_	
ata Certificato:	,			N. Scheda			
ata inserimento	: '¯			Salva		Stampa mode	No B

3.5.2 Cambia Proprietario

Dal Menu Nella Sezione Cani è possibile anche effettuare il cambio di un proprietario per un cane già inserito (fig. 5.7).

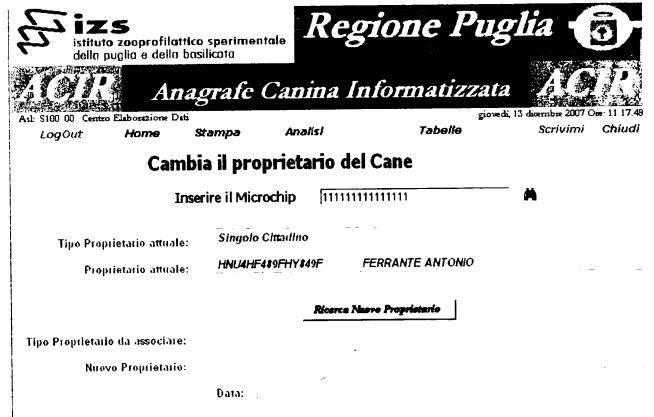


Fig. 5.7 - Maschera Cambio Proprietario

Si inserisce innanzi tutto il codice di Microchip del cane del quale si vorrà cambiare il proprietario. Nella maschera verranno visualizzati i dati del proprietario attuale. Dal tasto "Ricerca Nuovo Proprietario" si trasferirà il controllo alla maschera di ricerca proprietari (fig.5.5) ed una volta scelto il nuovo proprietario si tomerà nella maschera "Cambio Proprietario" con i dati del nuovo proprietario (fig.5.8).

A questo punto per terminare l'operazione si potrà inserire la data del cambio di proprietà (non obbligatoria, se omessa sarà registrata la data attuale) e cliccare sul tasto "Associa".

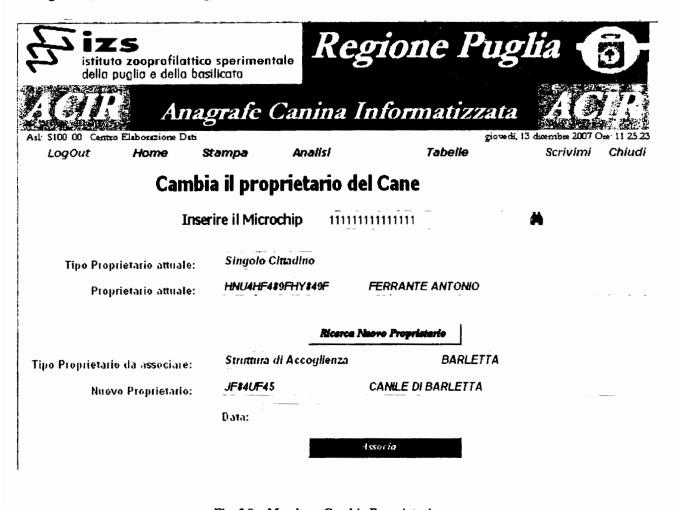


Fig. 5.8 – Maschera Cambio Proprietario

3.5.3 Storico Cambi Proprietario

Dal menu nella Sezione Cani (fig. 5) è possibile anche effettuare la visualizzazione dei dati relativi ai vari passaggi di proprietà del cane (fig. 5.9).



idCane	Vecchio Proprietario	Nuovo Proprietario	Data Cambio di Proprietà
111111111111111	ANTONIO FERRANTE	CANILE DI BARLETTA	23/11/2007 0.00.00
111111111111111	CANILE DI CERIGNOLA	CANILE DI BARLETTA	23/11/2007 0.00.00
111111111111111	CANILE DI CERIGNOLA	ANTONIO FERRANTE	27/11/2007 0.00.00
111111111111111	ANTONIO FERRANTE	CANILE DI BARLETTA	13/12/2007 0.00.00
		1	

Fig. 5.9 - Maschera Storico Cambi Proprietà

Come si può vedere in figura (fig. 5.9) sono visualizzati i dati relativi ai vari passaggi di proprietà del cane con codice *Microchip* "111111111111".

3.6 Sezione "Proprietari"

3.6.1 Inserimento nuovo proprietario

Dal menu nella Sezione Proprietari è possibile inserire un nuovo proprietario, ricercare un proprietario già inserito, effettuare la ricerca dei cani dello stesso proprietario (fig. 6).



Fig. 6 - Sezione Proprietari

Nel caso di inserimento di un nuovo proprietario ci verrà presentata la maschera di inserimento (fig. 6.1) nella quale sono contrassegnati in rosso i campi obbligatori e sono suddivise le due sezioni Dati Anagrafici e Dati di Residenza.

	poprofilattico sperimentale no e della basilicata	gione Puglia 🙃
	Anagrafe Canina	Informatizzata
:	borazione Dati	grovedi, 13 dicembre 2007 Ore: 11 44.31
LogOut Ho	me Stampe DATI ANAGRAFICI DEL PROPE	Scrivimi Chiudi
Cognome *		· · -
Cod. Fiscale '	<u>-</u>	-
Comune Nascita '	*	✓ Sesso: ' ✓
Tipo doc. identita: '		Data di Nascita: *
	DATI RESIDENZA DEL PROPR	IETARIO
Comune Residenza *	•	✓ ASL:
Indirizzo		Distretto:
Località		C.A.P.:
Telefono	<u></u>	Data Agg.:
Mail		
Note:	1	* Campi Obbligatori
Elenco Cani Centro Elaborazione Dati	Salva Stampa - Fia Monfredonia, 20 - 71100 Poggia 🚎 🗍	el 0881-786357 Tel/Pax 0881-786334 * Versione 1.00.01 * 2

Fig. 6.1 - Inserimento nuovo Proprietario

3.6.2 Ricerca/Modifica proprietario

Nel caso si scelga l'opzione di ricerca/modifica proprietario ci verrà presentata la maschera di ricerca (fig. 6.2) nella quale la prima operazione da fare è selezionare il Tipo Proprietario. Esistono quattro tipologie di proprietario:

- a. Singolo Cittadino;
- b. Canile Comunale;
- c. Allevamento;
- d. Cane di Quartiere.

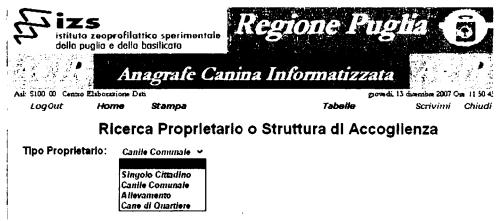


Fig. 6.2 - Ricerca/Modifica proprietario

Nel caso si scelga il "Singolo Cittadino" o il "Cane di Quartiere" i parametri di ricerca sono o l'Id. Fiscale del Proprietario o il Cognome e Nome dello stesso (fig. 6.3);

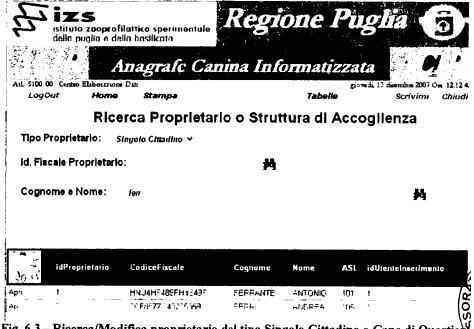


Fig. 6.3 – Ricerca/Modifica proprietario del tipo Singolo Cittadino o Cane di Quartiera

Si potrà anche inserire i parametri di ricerca parzialmente, il sistema ci presenterà una lista di possibili proprietari tra i quali bisognerà poi scegliere quello che ci interessa con il tasto "Apri" che ci farà andare sulla maschera di quel proprietario per controllare o modificare i suoi dati.

3.6.3 Ricerca cani stesso proprietario

Nel caso in cui si scelga l'opzione dal menu di Ricerca cani di uno stesso proprietario, dopo aver selezionato (fig. 6.2) il proprietario il sistema ci presenterà una lista dei cani di quel proprietario (fig. 6.5) tra i quali bisognerà poi scegliere quello che ci interessa con il tasto "Apri" che ci farà andare sulla maschera di quel cane per controllare o modificare i suoi dati.



Fig. 6.5 - Elenco Cani di uno stesso Proprietario

3.7 Sezione Strutture di Accoglienza

3.7.1 Inserimento struttura di accoglienza

Dal menu nella Sezione Strutture di Accoglienza è possibile inserire una nuova Struttura, ricercare una struttura già inserita, effettuare la ricerca dei cani della stessa struttura (fig. 7).



Fig. 7 - Sezione Strutture Accoglienza

Il funzionamento di questa sezione è analogo a quello della Sezione Proprietari.

Nel caso di inserimento di una nuova struttura ci verrà presentata la maschera di inserimento (fig. 7.1) nella quale sono contrassegnati in rosso i campi obbligatori.

Siz iz	to zooprofilattico puglia e della basi	sperimoniale M	gione l	Puglia	(Î)
		grafe Canina	Informatiz		æ 2007 Oss. 12.44.10
Asi \$100 00 Cent	ro Elaboraziona Dati Home DATI DI	stampe ELLA STRUTTURA D	-	Scrivimi	Chiudi
Nome Struttura			_		
Responsabile Comune	 •		•		
Indirizzo				C.A.P.:	
Telefono				ASL:	
ld. Fiscale		: <i>_</i> .		Distretto:	
Note:				Data Agg.:	-
Elenco Cani	Salva	Stampa Stampa Toggia Te	0881:786357;- Tel/Fex	0881-786334;- * Pe	rsione 1:00.01 * 😸

Fig. 7.1 - Inserimento nuova Struttura di Accoglienza

3.7.2 Ricerca/Modifica struttura di accoglienza

Nel caso si scelga l'opzione di ricerca/modifica struttura di accoglienza (fig. 7) ci verrà presentata la maschera di ricerca (fig. 7.2) nella quale la prima operazione da fare è selezionare il Tipo Proprietario.

Esistono quattro tipologie di proprietario:

Singolo Cittadino;

Canile Comunale;

Allevamento:

Cane di Quartiere.

Nel caso si scelga il Canile Comunale o l'Allevamento i parametri di ricerca sono o l'Id. Fiscale o la denominazione della struttura (fig. 7.1);

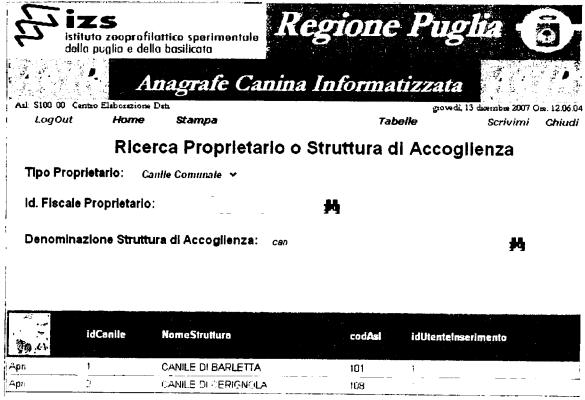


Fig. 7.2 - Ricerca Struttura di Accoglienza

Si potrà anche inserire i parametri di ricerca parzialmente, il sistema ci presenterà una lista di possibili strutture tra le quali bisognerà poi scegliere quella che ci interessa con il tasto "Apri" che ci farà andare sulla maschera di quella struttura per controllare o modificare i suoi dati.

3.7.3 Ricerca cani struttura di accoglienza

Nel caso in cui si scelga l'opzione dal menu di Ricerca cani di uno stessa struttura, dopo aver selezionato la struttura (fig. 7.2) il sistema ci presenterà una lista dei cani di quel proprietario (fig. 7.3) tra i quali bisognerà poi scegliere quello che ci interessa con il tasto "Apri" che ci farà andare sulla maschera di quel cane per controllare o modificare i suoi dati.



Fig. 7.3 - Elenco Cani di uno stessa Struttura

3.8 Stampe ed Elenchi

In questa sezione si potranno effettuare visualizzazioni e stampe delle varie categorie di informazioni gestiti dalla nostra applicazione (fig. 8).

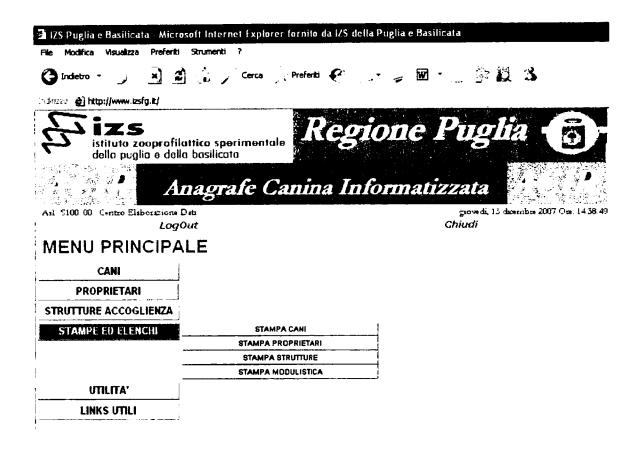


Fig. 8 - Stampe ed Elenchi

Vediamole in dettaglio nei paragrafi successivi.

3.8.1 Stampa Cani

In questa sezione si potranno effettuare visualizzazioni e stampe dei dati relativi ai cani inseriti in banca dati, cioè di tutti quei cani microchippati che hanno chiaramente un proprietario (fig. 8.1).

izs istituto zooprofilattico sperimentale della puglia e della basilicata	Regione Puglia 🙃	
The state of the s	na Informatizzata	
Asi: \$100 00 Centro Elaborazione Data LogOut Home	grovedi, 13 dizembze 2007 Oze. 15 02 - Scrivimi Chiudi	46
STAMI	PA CANI	
Imposta i parametri per la stamp	pa	
○ Per AUSL		
Per Comune		
○ Tutti		
□ Cani in strutture di Accoglienza	☐ Cani di Proprietari	
· !		
Elabora		
Fig. 8.1 – S	Stamna Cani	

I parametri sono:

a: Per AUSL: cliccando sul radio button "Per AUSL" apparirà l'elenco di tutte le AUSL da cui si dovrà selezionare quella desiderata (fig. 8.2).

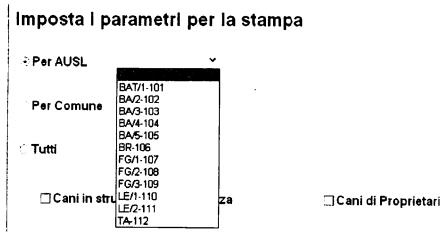


Fig. 8.2 - Selezione per AUSL

b: Per Comune: cliccando sul radio button "Per Comune" apparirà la combo della provincia e in base a quella dei comuni relativi da selezionare (fig. 8.3).



Fig. 8.3 - Selezione per Comune

c: Tutti: cliccando sul radio button "Tutti" verranno selezionati tutti i cani.

Si passerà successivamente a selezionare se la stampa dovrà considerare cani appartenenti alle strutture di accoglienza o di proprietà di singoli cittadini.

Una volta inseriti tali parametri si procederà con la stampa cliccando sul tasto "Elabora" e poi sulla scritta che si evidenzierà (fig. 8.4).

☑ Cani in strutture di Accoglienza



Fig. 8.4 – Selezione per Comune

3.8.2 Stampa Proprietari Cani e Strutture di Accoglienza

I parametri sono:

In questa sezione si potranno effettuare visualizzazioni e stampe dei Proprietari e delle Strutture di Accoglienza (fig. 8.5).

izs istituto zooprofilattico sperimentale della puglia e della basilicata Anagrafe Canina Ani 5100 00 Centro Elaborazione Data Logout Home	egione Puglia (5) Informatizzata govedi 13 doembre 2007 Om 15 29 44 Scrivimi Chiudi
STAMPA PRO	OPRIETARI CANI
Imposta i parametri per la stampa	
்Per AUSL	
○ Per Comune	
⊜Tuttl	
☐ Strutture di Accoglienza	□Proprietari
Elabora Fig. 8.5 – Stampa	Proprietari

a: Per AUSL: cliccando sul radio button "Per AUSL" apparirà l'elenco di tutte le AUSL da cui si dovrà selezionare quella desiderata (fig. 8.6).

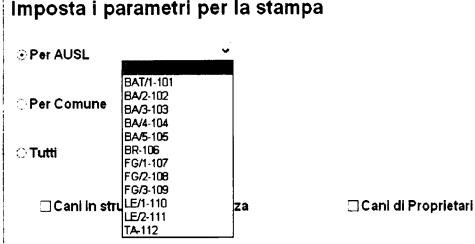


Fig. 8.6 - Selezione per AUSL

b: Per Comune: cliccando sul radio button "Per Comune" apparirà la combo della provincia e in base a quella dei comuni relativi da selezionare (fig. 8.7).



Fig. 8.7 - Selezione per Comune

c: Tutti: cliccando sul radio button "Tutti" verranno selezionati tutti i proprietari.

Si passerà successivamente a selezionare se la stampa dovrà considerare strutture di accoglienza o proprietari.

Una volta inseriti tali parametri si procederà con la stampa cliccando sul tasto "Elabora" e poi sulla scritta che si evidenzierà (fig. 8.8).

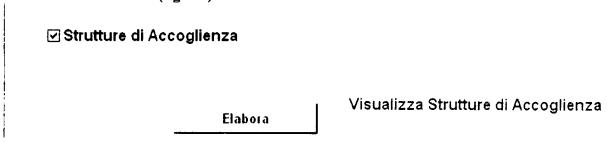


Fig. 8.8 - Selezione per Comune

3.8.3 Esempi di Stampe

Esempio di stampa di un elenco di cani

REGIONE PUGLIA



Anagrafe Canina Informatizzata

stampato il 13/12/2001

NScheda

NScheda

Elenco di tutti i Cani nelle strutture di accoglienza

ASL: 103

CANILE DI BARI

idFiscale Struttura Comune 34534343

GRANINA IN PUGLIA

Nome del Cane

Razza Microchip

2333333333333333 AFFENDENSCHER

Tot. Cani in Strutture: 1

ASL 103 Tot. Cani in Strutture: 1

ASL: 111

CANILE DI LECCE

CANILE DI BARI

idFiscale Struttura Commune

SANNICOLA

Nome del Cane Microchip Razza WHIPPET PPPPPPP 543555553465346

Tot. Cani in Strutture: 1 CANILE DI LECCE

Tot. Cani in Strutture: 1 ASL111

ASL: 110

CANILE DI LECCE

idFiscale Struttura Commune 55543453

LECCE

Nome del Cane NScheda Microchip Razza 123456789012345 VASTGOTSAASPETS

Nome del Cane NScheda Microchip 333333333333333 THAI PIDGEBACK DOG

CANILE DI LECCE Tot. Cani in Strutture: 2

Tot. Cani in Strutture: 2 ASL110

Tot. Cani in Strutture di Accoglienza: 4

Esempio di stampa di un elenco di proprietari

REGIONE PUGLIA



Anagrafe Canina Informatizzata

rampate d 15 11 200

Elenco di tutti i Proprietari

ASL: 102

Comune di: CORATO

Cognome Proprietario

Nome Proprietario

idFiscale Proprietario G43V4T545V656V43

Comune CORATO

Comune: CORATO

Tot. Proprietari Cani: 1

Comune di: GIOVINAZZO

Cognome Proprietario LOPORCHIO

Nome Proprietario ANDREA

idFiscale Proprietario FEC431C1CC4C55C4

GIOVINAZZO

Comune: GIOVINAZZO

Tot. Proprietari Cani: 1

ASL: 102

Tot. Proprietari Cani: 2

ASL: 105

Comune di: SAMMICHELE DI BARI

Cognome Proprietario

Nome Proprietario

idFiscale Proprietario

Comune

SALVEMINI

GENNARO

SSAW(023532453202

SAMMICHELE DI BARI

Comune: SAMMICHELE DI BARI

Tor. Proprierari Cani: 1

ASL: 105

Tot. Proprietari Cani: 1

ASL: 111

Comune di: UGENTO

Cognome Proprietario

Nome Proprietario SANTONASTASO idFiscale Proprietario F44343F3F43F443F

Commend UGENTO

Comune: UGENTO

Tot. Proprietari Cani: 1

Tot. Proprietari Cani: 1

Tot. Proprietari Cani: 4

3.9 Stampa Modulistica

In questa sezione si potranno effettuare le stampe dei moduli sia relativi ai cani di proprietà che ai cani randagi (fig. 8.9).

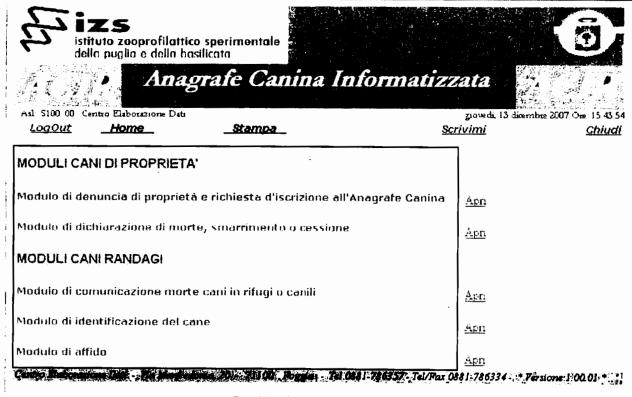
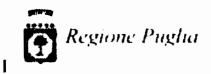


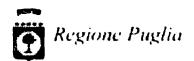
Fig. 8.9 - Stampa Modulistica

Vediamo in dettaglio i vari Moduli:



ANAGRAFE CANINA REGIONALE

Denui Pada d	servata al proprietario
raite ii	pervata at brohiteratio
II/Ia sot	toscritto/a
nato a	provil
residen	te aviavia
tel	AUSL di appartenenza
Cod. Fi	
Dichian	a di possedere un cane nel comune diprovprov
in via	per il quale richiede l'iscrizione all'anagrafe co
stabilito	dalla Legge Regionale nº 12/95.
la cessio 17 della	one, la scomparsa o la morte dell'antinale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle panzioni previste dall' L.R. 12.95 per gli hadempin enti.
la cession de lla Data	ore, la scomparsa o la morte dell'arrimale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle carzioni previste dall' L.P. 12.95 per gil hadempimenti. Il Proprietario o Detertore
la cessik 17 della Data Parte ris	Il Proprietario o Detentore
la cessilo 17 della Data	ose, la scomparsa o la morte dell'autinale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle canzioni previste dall' L.R. 12.95 per gill hademplinenti. Il Proprietario o Deteritore
la cessilo 17 della Data	ore, la scomparsa o la morte dell'arrimale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle carzioni previste dall' L.R. 12.95 per gil hadempimenti. Il Proprietario o Deteritore
la cessik 17 della Data	ose, la scomparsa o la morte dell'assimale estro 15 gg. dall'avvestmento e delle casizioni previste dall' L.R. 12.95 per gill hademplinesti. Il Proprietario o Deteritore
la cessalo 17 de lla Data Parte ris II/Ia sotto	ose, la scomparsa o la morte dell'assimale estro 15 gg. dall'avvestmento e delle caszioni previste dall' L.P. 12.95 per gil hademplmenti. Il Proprietario o Detentore
Data Parte ris II/I sotto	ore, la scomparsa o la morte dell'autimale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle canzioni previote dall' L.P. 12.95 per gill haciemplmenti. Il Proprietario o Detentore
Data Parte ris Il / a sotto che il ca presenta	nee, la scomparsa o la morte dell'autimale entro 15 gg. dall'avvenimento e delle canzioni previste dall' LP. 12.95 per gill hademplinenti. Il Proprietario o Detentore. Pervata al veterinario Descritto/a Dr. In qualità di Veterinario Ufficiale CERTIFICA ne del Signor.
Data Parte ris Il / la sotto che il ca presenta nome	pie, la scomparsa o la morte dell'autimale entro 15 gg. dall'avventinento e delle canzioni previote dall' L.P. 12.95 per gill haxiemplinenti. Il Proprietario o Detentore. Pervata al veterinario In qualità di Veterinario Ufficiale CERTIFICA ne del Signor. Le seguenti caratteristiche:
Data Parte ris Il la sotto che il ca presenta nome taglia	pie, la scomparsa o la morte dell'autimale eutro 15 gg. dall'avventmento e delle canzioni previote dall' L.P. 12.95 per gill haxiemplinenti. Il Proprietario o Detentore. Pervata al veterinario Discritto/a Dr. In qualità di Veterinario Ufficiale CERTIFICA ne del Signor Le seguenti caratteristiche: sesso età.



ANAGRAFE CANINA REGIONALE

Il sottoscritto	
nato ail	••••••••••••
residente in	n
AUSL di appartenenza	
Cod. Fis.	•••••••
DICHIARA	
il proprio can e con microchip n.	
DECEDUTO in data	
<u> </u>	
SMARRITO in data	
CEDUTO in data	
al Sig.	
nato aii	
residente in	
Tel	
AUSL di appartenenza	
Cod. Fis:	••••••
U,	
FIRMA FIRMADEL NUOVO PROPRIE	TARIO
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

2. Modulo di dichiarazione di morte, smarrimento o cessione





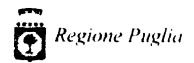
Al C.E.D. della Regione Puglia Via Manfredonia, 20 71100 Foggia

Il Sottoscritto Sindaco del Comune di	proprietario dei cani
randagi ricoverati presso il rifugio per cani sito in agro di \dots	
alla Via / C.da	
AUSL di appartenenza	
COMUNICA	
che in data è/sono decedut i can	anagrafat con microchips
n	di sua pertinenza 🗅
n	di sua pertinenza 🙃
n	di sua pertinenza 🔾
n	di sua pertinenza 🙃
n	di sua pertinenza 🔾
n	di sua pertinenza 🔾
Tanto si comunica per adempiere alle ulteriori incombenze.	
	IL SINDACO

3. Modulo di comunicazione morte cani in rifugi o canili

⁽i) Otatora il decesso dia da limpitare adospetta malattia intettiva e o infectiva soggetta a dei mola, il Pespons abile della cita tima e ten ito ad allegare alla precente debita com infoculo re contta.

Bresponsable della stattura deve indicare il numero del misicoli prompleto.



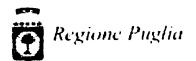
ANAGRAFE CANINA REGIONALE

Cane accalappiato nell'agro del Comune di:	
Accalappiato in data:	
Ricoverato nel canile sanitario (1):	
Posto in località:	
AUSL di appartenenza:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
IDENTIFICAZI	ONE DEL CANE
rezza	
	età (2)
	ollo altra sede
	aura sege
Li,	
2,	
	IL VETERINARIO OPERATORE

N.B. – Il sindaco e/o suo delegato responsabile del rifugio, étenuto a comunicare al servizio veternario in Intestazione: il decesso, l'affido dell'animale e quant'altro, a cadenza mensile.

4. Modulo di identificazione del cane

indicare se comunale o convenzionato
 indicare mese ed anno



SCHEDE DI AFFIDO - CANI RANDAGI

da compilare a cura
Canile Sanitario Rifugio per cani – Comune di
Elementi identificativi dell'animale:
Razza
Taglia
Sesso M F Sterilizzato SI NO
Mantelio
Bà
Numero microchips
DICHIARAZIONE
Il Sottoscritto
nato a il
Cod. Fis.
in qualità di affidatario dell'animale di cui sopra, si impegna a mantenere lo stesso in buone condizioni presso la propria residenza o al seguente domicilio nel Comune di
Prov Tel
cederlo se non previa segnalazione al servizio veterinario della azienda sanitaria locale dove i
cane è stato anagrafato.
Si impegna altresì a dichiarare allo stesso servizio veterinario lo smarrimento o il decesso dell'animale e a mostrare l'animale affidato al personale all'uopo incaricato nel corso dei controlli domiciliari predisposti dal servizio veterinario dell'azienda sanitaria locale competente.
FIRMA DEL RESPONSABILE FIRMA DEL L'AFFIDATARIO DEL LA STRUTTURA DEL CANE

5. Modulo di affido

3.10 Utilità

In questa sezione si potrà consultare le news, gestire i documenti, gestire l'anagrafica dei veterinari sia delle AUSL che liberi professionisti (fig. 9).

izs istituto zooprofi della puglia e del	lattico sperimentale la basilicata	Regi	one Pugi	lia 🙃
		nina Info	ormatizzata	AGT
Asl: S100 00 Centro Elaborazione Dati LogOut			giovedi, 13 Chiudi	diæmbre 2007 Ore: 1439 5
1			Gnaar	
MENU PRINCIPA	ALE			
CANI				
PROPRIETARI				
STRUTTURE ACCOGLIENZA				
STAMPE ED ELENCHI				
UTILITA'	NEWS	3		
	DOCUME	INTI		
	GESTIONE VE	TERINARI		
LINKS UTILI				
!				

Fig. 9 – Utilità

3.11 Links utili

In questa sezione si potrà accedere ai siti di maggiore interesse. (fig. 10).

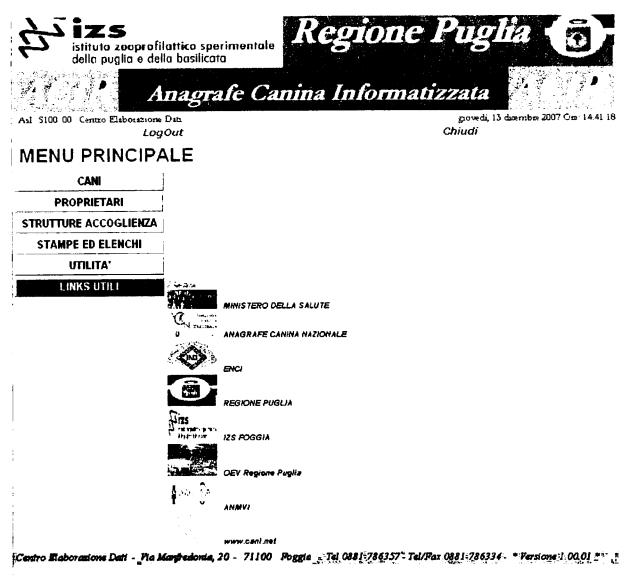


Fig. 10 - Links utili

4. Problematiche

La realizzazione di applicazioni Web presenta alcune problematiche sconosciute alle applicazion tradizionali. Queste problematiche derivano dalla natura stessa del Web, pensato originariamente non pe la realizzazione di applicazioni ma per la distribuzione di documenti. Un classico problema è quello de cosiddetto mantenimento dello stato dell'applicazione. Il modello di interazione di base del Web è privo del concetto di connessione, per cui l'esecuzione di un'applicazione Web consiste in una serie d interazioni disconnesse.

Lo sviluppatore deve utilizzare informazioni codificate nella richiesta HTTP e nelle risorse condivise durante la sequenza di interazioni per stabilire la continuità dell'applicazione.

La progettazione di un'applicazione Web deve tenere conto anche dell'ampiezza di banda di trasmissione disponibile e del carico di lavoro stimato per il server.

Dalle considerazioni sull'ampiezza di banda derivano le scelte relative alla quantità di dati da inviare ad ur client in risposta ad una richiesta.

Ciò può coinvolgere anche l'interfaccia utente dell'applicazione stessa, portando in certi casi a rinunciare veste grafica accattivante pur di fornire tempi ďi risposta accettabili Tuttavia, all'ottimizzazione dell'uso dei mezzi trasmissivi può contribuire, e in certi casi essere determinante, un'attenta ripartizione del carico di elaborazione tra client e server. Infatti, consentire al client di effettuare alcune elaborazioni senza coinvolgere il server, come ad esempio la convalida dei dati inseriti in una form, permette di ridurre il traffico sulla rete sia di snellire il carico di lavoro del server. Inoltre, la presenza di applicazioni esterne particolarmente complesse sulla stessa macchina del servei Web può rendere meno efficiente l'applicazione Web sottraendole risorse preziose. In questi casi è opportuno distribuire il carico di lavoro su macchine diverse prevedendo, ad esempio, una macchina diversa per un DBMS o per un'applicazione particolarmente esosa di risorse.

5. Conclusione

Non sempre i criteri tipici della progettazione di applicazioni client/server possono essere applicati alla progettazione di applicazioni Web. Infatti, nella maggior parte dei casi la natura stessa del Web e delle problematiche che esso presenta porta a basare le proprie scelte progettuali sulla propria esperienza o sulla esperienza acquisita da altri, in mancanza di modelli di riferimento consolidati.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIO-NALE 27 maggio 2008, n. 834

Approvazione del "Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi di Procedure" (M.A.A.P.).

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.2, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

L'appropriatezza organizzativa dell'assistenza sanitaria, ed in particolare dei ricoveri ospedalieri, è divenuto in questi ultimi anni un argomento di grande interesse generale, sul quale si sono accentrate le attenzioni del Ministero della Salute, delle Regioni, delle Società Scientifiche, delle Società di Servizio e di quanti si interessano in genere di organizzazione sanitaria.

- L'intendimento generale è di spostare per quanto possibile l'assistenza dall'ospedale al territorio, evitando ricoveri non necessari, ovvero che possono essere trattati adeguatamente con altre modalità di assistenza, tra le quali l'assistenza domiciliare, le R.S.A., l'assistenza ambulatoriale, ecc.
- L'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia ha elaborato, in collaborazione con le principali Società Scientifiche regionali, un modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri e della loro possibile conversione in altre modalità di assistenza ospedaliera, definito "Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di Procedure" (M.A.A.P.), allegato al presente provvedimento sotto la lettera "A", che si propone come una metodologia finalizzata a ben definire le componenti costitutive del ricovero ospedaliero ed in grado di dimostrare come dalla loro intersezione possa derivare l'indicazione alla modalità assistenziale più appropriata.
- Attraverso il M.A.A.P. è infatti possibile costruire degli Indicatori di Trasferibilità di

setting assistenziale per ogni singolo DRG e focalizzare, quindi, DRG ad elevata potenzialità di trasferibilità dei ricoveri e con elevato volume di casistica. E' quindi possibile costruire indicatori che informano per ogni DRG sulla potenzialità di trasferimento di regime assistenziale da ricovero ordinario a ricovero di 0-1 giorno e da ambedue al day hospital, ed anche da tutti questi al regime ambulatoriale. Gli indicatori utilizzati sono i seguenti:

- o Indicatore di Trasferibilità Totale del DRG: trattasi di un indicatore che informa sulle potenzialità complessive di trasferimento da e verso tutti i regimi assistenziali prima elencati, e quindi permette di cogliere il gap di approprìatezza organizzativa tra la situazione reale e quella teorica. L'Indicatore è espresso in percentuale. Il valore soglia di questo indicatore per evidenziare i DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa è stato stabilito al 20% dei ricoveri totali.
- o Indicatore di Volume di Trasferibilità Totale dei Ricoveri del DRG: da questo indicatore si ricava il numero di ricoveri che possono transitare verso regimi assistenziali a minor impiego di risorse. La soglia di attenzione scatta per quei DRG che raggiungono un volume di ricoveri trasferibili superiore allo 0,5% o dei ricoveri dell'intera casistica esaminata. Per la regione Puglia, in relazione al numero di ricoveri totali, si è considerata congrua la soglia minima di 450 ricoveri annui trasferibili per DRG.
- o Indicatore di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari del DRG: indicatore che informa sulla percentuale di ricoveri ordinari che secondo il modello possono essere trasferiti ad altro setting assistenziale; in questo caso l'informazione è focalizzata sui ricoveri ordinari, considerati come primo e principale livello assistenziale da analizzare e trasformare. Il valore soglia di questo indicatore per evidenziare i DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa è stato stabilito al 25% dei

ricoveri ordinari.

o Indicatore di Volume di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari per DRG: da questo indicatore si ricava l'informazione sul numero di ricoveri ordinari suscettibili di trasformazione. È chiaro che la numerosità dei ricoveri trasformabili è l'elemento chiave per scegliere i DRG su cui lavorare.

Utilizzando gli Indicatori di volumi di trasferibilità MAAP permette valutazioni di appropriatezza organizzativa sulla intera casistica regionale, come di ASL o di Istituti; utilizzando gli Indicatori di trasferibilità percentuali si possono invece effettuare analisi puntuali per singola Unità Operativa.

Il modello consente inoltre, modulando i parametri degli Indicatori di Trasferibilità, di graduare i livelli di inappropriatezza accettabile in funzione delle scelte di politica sanitaria regionale.

Secondo quanto precisato dall'A.Re.S. Puglia con nota n. 631 del 21.02.2008, l'utilizzo delle procedure di cui al su indicato M.A.A.P. ha portato all'individuazione di un gruppo di 53 nuovi DRG, da aggiungere ai 43 DRG indicati nell'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, la cui casistica regionale elaborata con M.A.A.P., indica una consistente trasferibilità di modalità assistenziale, mediamente superiore a 450 casi annuo per ciascun DRG.

I valori soglia dei singoli DRG e l'elenco dei DRG a rischio di inappropriatezza organizzativa di cui all'allegato B), secondo quanto precisato dall'AReS, sono stati elaborati con il supporto delle principali Società Scientifiche regionali.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA LR. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

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

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO Dr. Pasquale Gentile

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla

Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art.4, comma 4, lettera f).

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

- Di approvare il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri e della loro possibile conversione in altre modalità di assistenza ospedaliera elaborato dall'A.Re.S. Puglia e definito "Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di Procedure" (M.A.A.P.) che si allega al presente provvedimento sotto la lettera A).
- Di approvare, altresì l'elenco dei DRG a rischio di inapprophatezza organizzativa e i relativi valori soglia elaborati dall'AReS con il supporto delle principali Società Scientifiche regionali, che si allega al presente provvedimento sotto la lettera B).
- Di stabilire che, con successivo provvedimento si procederà al trasferimento dei suindicati
 DRG al setting assistenziale più appropriato anche mediante integrazione del vigente nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della regione Puglia.

IL SEGRETARIO Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE On. Nichi Vendola

Regione Puglia ARES

Allegato "A"

Agenzia Regionale Sanitaria

MODELLO DI ANALISI (M. A. A. P.) DELLA APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA PER ELENCHI NORMATIVI DI PROCEDURE DEI RICOVERI OSPEDALIERI NELLA REGIONE PUGLIA

L'appropriatezza organizzativa dell'assistenza sanitaria, ed in particolare dei ricoveri ospedalieri, è divenuto in questi ultimi anni un argomento di grande interesse generale, sul quale si sono accentrate le attenzioni del Ministero della Salute, delle Regioni, delle Società Scientifiche, delle Società di Servizio e di quanti si interessano in genere di organizzazione sanitaria.

L'intendimento generale è di spostare per quanto possibile l'assistenza dall'ospedale al territorio, evitando ricoveri -non necessari -, ovvero che possono essere trattati adeguatamente con altre modalità di assistenza, tra le quali l'assistenza domiciliare, le R.S.A., l'assistenza ambulatoriale, ecc.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, che sono l'oggetto di questo studio, un punto certo,in tema di appropriatezza organizzativa, è la definizione contenuta nell'allegato 2 C del D.P.C.M. 29 nov. 2001 - Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza - :

< Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse >

Questa definizione facilità l'opposta per cui < può essere definito appropriato come modalità organizzativa il setting assistenziale che arreca migliore o identico beneficio al paziente con minore impiego di risorse >

OBBIETTIVO DELLO STUDIO E CARATTERISTICHE GENERALI DEL MODELLO

Obbiettivo dello studio è quindi l'analisi dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, e della loro possibile conversione in altre modalità di assistenza ospedaliera.

E' stato elaborato a questo scopo un modello di analisi della appropriatezza organizzativa, definito appunto **M.A.A.P.**, che si propone come una metodologia finalizzata a ben definire le componenti costitutive del ricovero ospedaliero, ed in grado di dimostrare come dalla loro intersezione possa derivare l'indicazione alla modalità assistenziale più appropriata.

Attraverso il M.A.A.P. è infatti possibile costruire degli **Indicatori di Trasferibilità** di setting assistenziale per ogni singolo DRG, e focalizzare quindi DRGs ad elevata potenzialità di trasferibilità dei ricoveri e con elevato volume di casistica. Per essere precisi è possibile costruire indicatori che informano per ogni DRG sulla potenzialità di trasferimento di regime assistenziale da ricovero ordinario a ricovero di 0-1 giorno, e da ambedue al day hospital, ed anche da tutti questi al regime ambulatoriale. In questo studio abbiamo però presentato ed utilizzato i seguenti indicatori:

Indicatore di Trasferibilità Totale del DRG: trattasi di un indicatore che informa sulle potenzialità complessive di trasferimento da e verso tutti i regimi assistenziali prima elencati, e quindi permette di cogliere il gap di appropriatezza organizzativa tra la situazione reale e quella teorica. L'Indicatore è espresso in percentuale. Il valore soglia di questo indicatore per evidenziare i DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa è stato stabilito al 20% dei ricoveri totali.

- Indicatore di Volume di Trasferibilita' Totale dei Ricoveri del DRG: da questo indicatore si ricava il numero di ricoveri che possono transitare verso regimi assistenziali a minor impiego di risorse. La soglia di attenzione scatta per quei DRG che raggiungono un volume di ricoveri trasferibili superiore allo 0,5% dei ricoveri dell'intera casistica esaminata. Per la regione Puglia, in relazione al numero di ricoveri totali, si è considerata congrua la soglia minima di 450 ricoveri annui trasferibili per DRG.
- Indicatore di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari del DRG: indicatore che informa sulla percentuale di ricoveri ordinari che secondo il modello possono essere trasferiti ad altro setting assistenziale; in questo caso l'informazione è focalizzata sui ricoveri ordinari, considerati come primo e principale livello assistenziale da analizzare e trasformare. Il valore soglia di questo indicatore per evidenziare i DRG potenzialmente a rischio di inappropriatezza organizzativa è stato stabilito al 25% dei ricoveri ordinari.
- Indicatore di Volume di Trasfebilità dei Ricoveri Ordinari per DRG : da questo indicatore si ricava l'informazione sul numero di ricoveri ordinari suscettibili di

trasformazione. È chiaro che la numerosità dei ricoveri trasformabili è l'elemento chiave per scegliere i DRG su cui lavorare.

Non si è ritenuto opportuno per il momento presentare ulteriori indicatori.

Altro aspetto fondamentale del MAAP è che esso viene costruito in stretta collaborazione con gli specialisti delle varie discipline, con due grandi vantaggi : il confronto costante fra la componente organizzativa e la componente clinica nella costruzione e manutenzione del modello di analisi, che porta alla fine alla produzione di soluzioni clinico-organizzative condivise ; lo stimolo al miglioramento proveniente dal confronto con le indicazioni e con i modelli esistenti in altre realtà.

Il modello che ne deriva ha indubbia validità scientifica, ma potrebbe risentire delle influenze tecnico-culturali locali.

In sostanza il MAAP è un modello di analisi le cui componenti possono essere opportunamente modulate e tarate per aree organizzativamente e culturalmente omogenee, e vanno periodicamente aggiornate con l'evolversi delle capacità tecnologiche ed organizzative.

CARATTERISTICHE TECNICHE DEL MODELLO E PERCORSO METODOLOGICO

Per introdurre il percorso metodologico del MAAP è opportuno partire dalle componenti caratterizzanti il ricovero ospedaliero, e che possono indirizzare l'assistenza verso i diversi settings. Si prospettano a tal proposito gli elementi costitutivi principali del ricovero ospedaliero :

- 1. patologia causa del ricovero
- 2. condizioni cliniche del paziente
- 3. complessità delle procedure da eseguire
- 4. modalità di ricovero, età, distanza dalla residenza, condizioni sociali, culturali, economiche, etc.., come elementi di influenza in contesti locali e/o su singoli casi.
- offerta di servizi sanitari e contesti tecnico-organizzativi, adeguatezza professionale, strumentale e strutturale della sede di esecuzione dell'intervento sanitario (Accreditamento).

Lo studio pone attenzione alle prime tre componenti e focalizza in particolare la terza, relativa alle procedure eseguite nel corso del ricovero, che vengono dettagliatamente vagliate ed organizzate per modalità assistenziale.

v

1) PATOLOGIA CAUSA DELL'EPISODIO DI RICOVERO

--La patologia causa dell'episodio di ricovero può essere grave o lieve, unica o associata, iniziale o sopravvenuta. Nell'ambito dello specifico episodio di cura, la patologia principale-causa del ricovero è indicata utilizzando i codici della < Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche > della versione italiana della ICD 9 CM 2002. Questi codici vengono poi trasferiti nell'ambito del sistema SDO-DRG per produrre i DRG di afferenza.

Nel caso del ricovero ospedaliero si può ritenere quindi che la patologia causa del ricovero sia genericamente espressa dal DRG. Ogni DRGs ha un proprio peso relativo, che indica la complessità assistenziale in termini di consumo di risorse nel corso del ricovero, e quindi può essere utilizzato per indicare la complessità della patologia in causa. Utilizzando quindi il peso relativo come indicatore di complessità delle patologie, si può affermare che i DRGs con peso relativo basso sono associati a patologie di bassa complessità assistenziale, e che queste sono quelle a maggior rischio di inappropriatezza organizzativa.

Altra questione è il rapporto fra il peso di un DRG e la sua potenziale trasferibilità di livelli assistenziali. Si precisa che non esiste un rapporto diretto fra peso del DRG e possibilità di trasferire ricoveri dal regime ordinario a quello diurno o ambulatoriale. Almeno entro un certo livello di peso non è regola che un DRG a peso più alto sia meno suscettibile ai trasferimenti di settings assistenziali rispetto ad un DRG a peso più basso. Tuttavia è abbastanza evidente, anche con l'applicazione del modello in questione, che per i DRGs a basso peso sono più frequenti le indicazioni al ricovero in one day surgery, in day hospital o al regime ambulatoriale, e quindi per questi DRGs maggiore è la potenziale possibilità di trasferimenti da ricovero ordinario ad altra modalità assistenziale. Nella nostra esperienza questo assunto è pienamente confermato. Nella versione attuale del M.A.A.P. si è inizialmente stabilito, per avere un primo riferimento teorico di utilizzare comparativamente i pesi della versione HCFA 10 americana, HCFA 10 italiana, e CMS 19 americana, e di considerare di basso peso tutti quei DRG che in nessuna delle tre versioni superano il peso di 1.5. I risultati hanno poi confermato che tutti i DRGs a maggior rischio di inappropriatezza organizzativa sono inclusi entro questo range di peso relativo ; infatti circa il 96% della potenziale inappropriatezza organizzativa è associato a questi 301 DRGs.

Si può quindi affermare in linea generale che i DRG di basso peso sono associati a patologie a bassa complessità, che per questi DRG i modelli assistenziali sono tendenzialmente spostati verso modalità a minor consumo di risorse, e che per essi maggiore è la probabilità di inappropriatezza organizzativa per ricovero ospedaliero.

2) CONDIZIONE CLINICA DEL PAZIENTE

--La condizione clinica del paziente,è estremamente variabile, condizionata da molteplici fattori e specifica per ogni singolo episodio di cura. Nel caso di ricovero ospedaliero il sistema SDO- DRG non riesce a rappresentare adeguatamente la reale condizione clinica del ricoverato e quindi non può essere utilizzato per valutare questo aspetto. Tuttavia questo limite può essere vicariato con l'ausilio di sistemi aggiuntivi, che utilizzando le informazioni contenute nella SDO, sono in grado di mettere in evidenza la componente relativa alla gravità clinica.

Esistono diversi sistemi idonei all'uopo ; i due più conosciuti sono l'APR-DRG ed il Disease Staging. Le maggiori esperienze in Italia in questo settore sono condotte con l'uso del sistema APR-DRG, che viene quindi utilizzato anche in questo studio nella versione 20.0

Sinteticamente l'APR-DRG consente, partendo dai dati contenuti nella SDO, di definire per ogni singolo DRG del sistema (316 DRGs consolidati) quattro livelli, da 1 a 4, a gravità clinica crescente, e quattro livelli crescenti, da 1 a 4, di rischio di morte, con 1258 combinazioni finali.

l ricoveri ospedalieri che nel sistema DRG, versione CMS 19, hanno basso peso relativo e che successivamente elaborati con APR-DRG presentano una condizione gravità clinica < = 1,e rischio di morte < = 1, vengono definiti in questo studio come -- ricoveri a criticità minima -- ; intendendo con questa allocuzione quei ricoveri già caratterizzati da una patologia di base non complessa ed associati ad una condizione clinica genericamente buona (a bassa gravità clinica) dei pazienti.

Nella pratica abbiamo però analizzato tutti i DRG della predetta versioni, trovando conferma alle due considerazioni in precedenza esposte : non esiste rapporto diretto fra peso e trasferibilità dei DRG ; i DRG di peso più basso (genericamente entro 1,5) hanno maggiore potenzialità di trasferimenti di modalità assistenziali.

3) COMPLESSITA' DELLE PROCEDURE

Il termine procedure è utilizzato in questo contesto in senso ampio, poichè con esso si intendono sia gli interventi chirurgici o procedure interventistiche, che le procedure diagnostiche e terapeutiche, così come riportate nel testo sulla < Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle Procedure Diagnostiche e Terapeutiche > della versione italiana della ICD 9 CM anno 2002

È del tutto evidente che alcune procedure per loro stessa complessità, difficoltà di esecuzione e/o invasività sul paziente si possono effettuare solo in regime di ricovero ordinario, altre invece sono eseguibili in modalità assistenziali diverse (ricovero ordinario , ricovero diurno, ovvero come prestazioni ambulatoriali).

In ogni caso è preferibile ritenere, per restare sul sicuro, che le trasformazioni di setting assistenziale, così come elaborate in questo studio, avvengano in ambito ospedaliero.

La complessità delle procedure è stata ed è oggetto di numerosi studi, finalizzati in particolare ad individuare quelle procedure effettuabili in ricovero diurno e quelle eseguibili in regime ambulatoriale.

In questo studio sono state utilizzate come base di lavoro tre elenchi di procedure effettuabili in ricovero diurno o in ambulatorio, e con precisione :

- --elenco procedure effettuabili in day surgery , allegato al documento sulla day surgery prodotto dalla Conferenza Stato Regioni nell'agosto 2002
- --elenco procedure trasferibili in ricovero diurno e ambulatorio, prodotto dall'ARESS del Piemonte e proposto nell'autunno 2004 nell'ambito dei lavori del mattone < Standard minimi di prestazioni >
- --elenco di procedure effettuabili in ricovero diurno e regime ambulatoriale presso strutture extraospedaliere, presentato in ambito ristretto dal Ministero della Salute nel febbraio 2005.

A questi elenchi è stato associato

 --elenco di tutte le procedure con indicazione per ognuna della modalità assistenziale adeguata, prodotto dall'ARES con la collaborazione dei rappresentanti regionali delle Società Scientifiche delle discipline chirurgiche e mediche maggiormente interessate Dalla valutazione comparata di queste diverse liste si è poi passati ad una **lista finale applicativa**, per la cui compilazione sono stati utilizzati due criteri di base:

- è stata sempre scelta l'indicazione del/degli specialisti consulenti regionali; anche nei casi in cui si osservavano palesi differenze con le tre liste di riferimento si è sempre preferito riconvocare il/gli specialisti regionali e sottoporre loro la questione, ratificandone la scelta finale.
 Questo aspetto caratterizza il MAAP come modello aderente alla realtà locale, ma a forte spinta innovativa laddove il confronto con modelli nazionali e di altre realtà regionali induce il consulente specialista a riconsiderare gli assetti tecnico-organizzativi locali, e permette all'organizzatore regionale di impostare e ratificare modelli organizzativi innovativi e condivisi.
- si è ritenuto opportuno sceglier sempre l'opzione più cautelativa per il paziente, quella che offre a questi maggiori elementi di sicurezza.

 Per questo motivo nei casi in cui per la stessa procedura vengono indicate possibilità diverse si è optato generalmente per il regime assistenziale più sicuro per il paziente; quindi ricovero ordinario quando le possibilità sono ricovero ordinario / day hospital, e day hospital se le possibilità sono day hospital / ambulatorio.

Una impostazione così prudenziale in qualche caso riduce le capacità innovative del modello, ma certamente evita passi affrettati. In ogni caso il modello prevede revisioni periodiche delle liste di procedure, ed è sempre possibile un approccio meno prudenziale.

Nella **lista finale applicativa**, ad ogni procedura presente nella ICD 9 CM versione 2002, in funzione della complessità, difficoltà di esecuzione, invasività, ecc..,secondo le indicazioni dei consulenti, è stato assegnato un setting assistenziale di riferimento.

Ne sono derivate quattro liste normative procedurali :

- 1) **lista A** contenente i codici di procedure eseguibili in regime di ricovero ordinario (colore rosso)
- 2) **lista B** contenente i codici di procedura eseguibili in regime di ricovero 0-1 giorno o one day surgery (colore giallo)
- 3) **lista C** contenente i codici di procedura eseguibili in day surgery- day hospital (colore verde)
- 4) **lista D** contenente i codici di procedure indirizzabili al regime ambulatoriale (colore azzurro)

Nella applicazione pratica sulle singole SDO si utilizzano le predette liste normative, ed applicando un criterio di complessità decrescente si perviene al setting assistenziale appropriato. Ovvero:

- se tra le procedure indicate nella SDO ve ne è una compresa nella lista A l'indicazione è al ricovero ordinario;
- in assenza di procedure della lista A si valuta la presenza di procedure della lista B, con indicazione al ricovero di 0-1 giorno o one day surgery one day hospital,
- ovvero in assenza di procedure delle liste A e B, la presenza di procedura della lista C pone indicazione al day hospital – day surgery;
- come ulteriore possibilità la presenza unicamente di procedure della lista D pone indicazione all'assistenza ambulatoriale.

In ultima ipotesi l'assenza di qualsiasi procedura produce in questo modello il trasferimento al regime assistenziale meno complesso, ovvero quello ambulatoriale. Si è riscontrata anche l'evenienza che procedure della lista A (con indicazione al ricovero ordinario) risultino effettuate in ricoveri diurni, in questi casi resta confermata la modalità del ricovero, e si considera l'evenienza come legata a fattori specifici locali o a linee di tendenze in via di sviluppo , sebbene in molti casi alla base di questi fenomeni si possano immaginare errori di codifica, più che comportamenti professionali < imprudenti > .

E' altrettanto evidente come alcune procedure della lista A, quelle degli interventi chirurgici molto complessi, siano assenti dalla casistica messa in evidenza (si badi però che nella fase di sperimentazione del modello la casistica è stata esaminata in toto), che comprende solo DRGs a basso peso, e quindi patologie non complesse e non necessitanti di tali interventi.

Infine nella assegnazione finale si è preferito unificare in un unico setting le procedure assegnate al day hospital ed al one day hospital (caratterizzato da una notte di ricovero), perché la scelta fra l'uno o l'altro setting non è sempre ben definibile, ed il più delle volte è associata a situazioni contingenti.

L'esperienza vissuta insieme ai consulenti specialisti (elencati in fondo) nella assegnazione del regime di cura più pertinente per ogni codice di procedura ci ha permesso di maturare alcune considerazioni che sinteticamente si riportano :

- le scelte dei vari professionisti sono influenzate in vario grado dal contesto in cui lavorano; spesso le difficoltà organizzative hanno più peso di quelle tecniche nelle scelte dei modelli assistenziali.
- Esiste una discreta variabilità anche nell'ambito delle possibili scelte tecnicoprofessionali che sono di competenza del professionista e molto difficilmente contestabili. La scelta di eseguire una tecnica chirurgica anziché un'altra è facoltà dell'operatore, ed è quindi possibile che la stessa patologia venga approcciata in

diversi modi, come è possibile che lo stesso intervento venga eseguito con modalità diverse.

- Esiste una variabilità individuale nella interpretazione e scelta del codice da associare alla procedura chirurgica effettuata
- L'atteggiamento generale nell'associare codici a modalità assistenziali è, tranne qualche caso, improntato alla prudenza, con indicazione di modelli assistenziali - sicuri -, in qualche caso anche più complessi di quelli riscontrati nella pratica corrente. In questi casi si è dimostrato di grande utilità il confronto con le esperienze e le indicazioni di altri professionisti
- L'elenco dei codici di procedura del manuale di classificazione, anche nella versione ICD 9 CM 2002, presenta alcune pecche : la gran parte delle nuove tecniche non ha ancora un codice; per converso residuano codici di tecniche ormai desuete; sussistono peraltro anche codici imprecisi che non specificano bene l'intervento eseguito e talora sottendono perfino interventi diversi.

In questo contesto è bene ricordare quanto siano importanti le dotazioni strutturali, tecnologiche e le competenza professionali per definire il regime assistenziale di esecuzione delle diverse procedure.

L'evolversi progressivo delle conoscenze scientifiche, della tecnologia e delle capacità tecniche rende possibile il trasferimento di un numero sempre maggiore di procedure diagnostiche ed interventistiche dal ricovero ordinario al day hospital e/o alla semplice prestazione ambulatoriale.

Le diverse condizioni locali, perlopiù culturali ed organizzative, invece favoriscono o rallentano i processi di variazione del regime assistenziale delle diverse procedure. E' ben evidente che ci si muove in un contesto in continua evoluzione, fortemente influenzato da fattori locali.

4) 5) FILTRI DI ESCLUSIONE PER FATTORI DI RISCHIO

Ricapitoliamo: per quei ricoveri dovuti a patologie non complesse (DRG a basso peso relativo), con condizioni cliniche non gravi (criticità minima), la complessità della procedura influenza la modalità assistenziale.

Ogni singolo ricovero (SDO) può essere analizzato con questo modello, tuttavia si è ritenuto necessario selezionare un cluster di ricoveri analizzabili, e per questo fine sono state inoltre esaminate alcune condizioni che potrebbero, a seconda dei casi, rappresentare ulteriori fattori di rischio, ovvero semplici elementi di opportunità, tali da sconsigliare l'analisi con il MAAP per determinati episodi di ricovero ospedaliero. Si utilizza per questi casi la definizione di "Filtri di Esclusione per Fattori di Rischio" Principali Filtri sono:

-- METODO APPRO

■ Sono esclusi, secondo il metodo APPRO, i ricoveri che appartengono alle discipline di psichiatria (cod. 40), riabilitazione (cod. 56), lungodegenza (cod. 60), unità spinale (cod. 28), neuroriabilitazione (cod. 75); i ricoveri con degenza oltre soglia specifica per DRG; i ricoveri con modalità di dimissione < deceduto > o< trasferito ad altro reparto per acuti > entro 5 giorni; i ricoveri dei neonati minori di giorni 28 di età; i ricoveri con onere di degenza < non a carico del S.S.N. >.

-- ETA' 0-14 ANNI

- -- ETA' > = 75 ANNI
 - L'età può essere in alcuni casi fattore condizionante la modalità assistenziale.

-- RICOVERO URGENTE

L'urgenza può condizionare la modalità assistenziale per vari motivi, sebbene l'attendibilità di questo campo non è affatto certa.

-- DIMISSIONE CONTRO PARERE DEI SANITARI

■ La dimissione volontaria vanifica l'appropriatezza organizzativa, ma anche per questo dato l'attendibilità è tutta da verificare.

-- MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE

■ La mobilità attiva intesa come distanza dal luogo di residenza può interferire sulla modalità di ricovero.

Questi filtri sono stati scelti per motivi abbastanza evidenti; essi non vanno obbligatoriamente applicati, ma possono essere variamente utilizzati a secondo delle circostanze; è buona regola stabilire per ogni DRG un modello di analisi che includa i filtri che si ritiene opportuno utilizzare.

Anche questo tipo di scelta è stata compiuta in collaborazione con i rappresentanti delle Società Scientifiche.

RICOVERI ANALIZZABILI E SCHEMA SEQUENZIALE DEL M.A.A.P.

I criteri utilizzati per il MAAP sono criteri di selezione per definire la casistica da inserire nella analisi per i tre elementi costitutivi principali, e criteri o filtri di esclusione per definire la casistica da escludere nell'analisi per i fattori secondari. L'intero modello ha il seguente **schema sequenziale**:

RICOVERI TOTALI

CRITERI INCLUSIONE : RICOVERI CON PESO DRG <= 1,5 (valore di

riferimento teorico)

" RICOVERI A CRITICITA' MINIMA (APR-DRG)

FILTRI ESCLUSIONE : METODO APPRO

" ETA' < 15 ANNI

" ETA' > 75 ANNI

" RICOVERO URGENTE

" DIMISSIONE VOLONTARIA

" MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE

ANALISI CON LE LISTE PROCEDURALI NORMATIVE A, B, C, D
DEFINIZIONE DEL SETTING APPROPRIATO DI RICOVERO

RISULTATI

L'analisi con questo metodo, definito come Modello di Analisi della Appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di Procedure (M. A. A. P.), è stata effettuata sui ricoveri degli anni 2004, 2005 e 2006 della Regione Puglia, con risultati molto interessanti.

Il modello permette la rivalutazione dei DRG a rischio di inappropriatezza organizzativa per la casistica regionale, e consente modulando i parametri degli Indicatori di Trasferibilità di graduare la spinta al cambiamento e regolare i livelli di inappropriatezza accettabile in funzione delle scelte di politica sanitaria regionale

L' elaborazione dei DRG a rischio di inappropriatezza organizzativa per l'anno 2008 (utilizzando **MAAP sinc** e la base dati dell'anno 2006) per la Regione Puglia in toto è stata effettuata utilizzando prioritariamente "l'Indicatore di Volume di Trasferibilità Totale del DRG " tarato a 450 casi / anno ; per l'analisi delle Strutture Ospedaliere e delle Unità Operative, al primo indicatore sono stati aggiunti sia "l'Indicatore di Trasferibilità Totale del DRG " per valori superiori al 25% della casistica, sia "l'Indicatore di Trasferibilità dei Ricoveri Ordinari per DRG " per valori superiori al 20% della casistica.

I risultati sulla casistica regionale indicano che 87 DRG superano la soglia dei 450 casi /anno di ricoveri a rischio di inappropriatezza organizzativa, e di questi solo 26 DRG sono già inclusi nell'allegato 2C, mentre 61 DRG sono di nuova individuazione ; la trasferibilità teorica di casistica tra i diversi settings assistenziali è elevata, e la trasferibilità in regime ambulatoriale raggiunge il 17% del totale.

Un successivo passaggio di verifica con le Società Scientifiche e gli specialisti consulenti ha rimodulato i risultati, ed infine i DRG di nuova individuazione sono divenuti 53, che sommati ai 43 DRG dell'allegato 2C ha portato ad un totale di 96 DRG.

Le indicazioni finali prevedono una riduzione dell'8% dei ricoveri ordinari, la riduzione del 5% dei ricoveri brevi (day hospital e ricoveri con 1 notte di degenza), ed il passaggio del 13% della casistica (114.000 casi) in assistenza ambulatoriale.

MAAP consente valutazioni di appropriatezza organizzativa anche per ASL, Aziende Ospedaliere, IRRCS e presidi ospedalieri, ma l'applicazione preferenziale è a livello di singola Unità Operativa. A questo livello il dettaglio di analisi è davvero notevole , si può valutare la casistica e la complessità della stessa, si possono esaminare i singoli DRG e valutarne l'appropriatezza in relazione alle patologie ricoverate ed alle procedure effettuate, tanto che il miglior uso del modello di analisi è proprio nelle contrattazioni di obbiettivi-budget a livello aziendale.

E' necessario ricordare come concetto generale che < Inappropriatezza > del ricovero non equivale a < Trasferibilità > in altra modalità o livello assistenziale, poiché diversi sono i fattori che intervengono in questa equazione. Basti ricordare la capacità tecnica ed organizzativa (come presenza di personale, apparecchiature e strutture), la presenza di offerte assistenziali alternative ed altrettanto valide e gradite (ambulatori e day service, hospice ed RSA, medicina del territorio, ecc.), fattori culturali e sociali (l'iperutilizzo del pronto soccorso, contesti familiari, integrazione della assistenza sociale, ecc.), la povertà o deprivazione (come capacità e possibilità di accesso a tutte le forme di assistenza sanitaria), fattori specifici di contesto, ed altri ancora se ne potrebbero citare.

Per la Regione Puglia l'analisi con MAAP dimostra la possibilità di un consistente spostamento di ricoveri dal regime ordinario al diurno e soprattutto da questo all'assistenza ambulatoriale, anche se nello studio i passaggi di regime assistenziali sembrano clinicamente convincenti, interessano però una casistica eterogenea e molto ampia, e sono proponibili a due condizioni:

- che si stimoli una condizione scientifico-culturale che favorisca la disponibilità al cambiamento clinico-organizzativo negli operatori e negli utenti;
- che si predispongano modalità assistenziali alternative, clinicamente valide, ben organizzate, di facile fruizione (day service o pacchetti ambulatoriali predefiniti a fruibilità giornaliera) ed a basso costo per l'utente.

In termini di pratica utilità MAAP permette invece nel breve termine tre importanti applicazioni :

- --- Una revisione dei DRGs ad elevato rischio di inappropriatezza organizzativa per i ricoveri ospedalieri (cosiddetti DRG –LEA) con un aumento del numero degli stessi e la ridefinizione delle relative soglie
- --- La produzione di linee guida sui settings assistenziali opportuni per le varie procedure, in collaborazione con le Società Scientifiche, come studio di base per il day hospital, per il day service, e quanto altro.
- --- Una valutazione precisa delle attività di ricovero e dei modelli organizzativoassistenziali dei diversi produttori (Unità Operative, Ospedali, A.S.L.)

il Direttore del Settore Analisi della Domanda e della Offerta Sanitaria dr. G. A. Di Pietro

ARES

ALLEGATO "B"

Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia

M.A.A.P · Modello di Analisi dell'Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per Procedure

VALUTAZIONE SOGLIE DI INAPPROPRIATEZZA PER DRG

(1) Soglie come da. L. R. n. 1 del 07/01/2004 valide a partire dal 01/01/2004 calculate con riferimento al totale dei ricoveri ordinari effettuati nel 2001

POTENZIALI LEA ATTUALI

LEGENDA

% RICOVERI TRASFERIBILI IN ASSISTENZA AMBULATORIALE

% RICOVERI CONFERMATI IN DEGENZA PER TIPO DI REGIME

	53	4	3		-			
MDC	TIPO CIM	DRG	DESCRIZIONE	TIPO DRG	% SOGLIA 2004 (1)	% AMB	% ORD >1g.	% DH e ORD 6 1g.
1	с	6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	DRG-LEA	6%	80%	30.0%	70.0%
1	M	19	MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC	DRG-LEA	28%	30%	70.0%	30,0%
1	M	25	CONVULSIONI E CEFALEA. ETA' > 17 ANNI SENZA CC	DRG-LEA	23%	25%	65.0%	35.0%
1	M	35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA CC			20%	70.0%	30,0%
2	c	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	DRG-LEA	26%	85%	15.0%	85.0%
2	c	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA ETA' > 17 ANNI	DRG-LEA	28%	55%	35,0%	65.0%
2	c	41	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA. ETA: < 18 ANNI	DRG-LEA	43%	55%	25.0%	75.0%
2	С	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	DRG-LEA	41%	5%	40.0%	60,0%
2	м	47	ALYRE MALATTIE DELL'OCCHIO. ETA' > 17 ANNI SENZA CC			36%	60.0%	40.0%
3	с	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO NASO, BOCCA E GOLA	DRG-LEA	37%	0%	60.0%	40.0%
3	c	56	RINOPLASTICA			0%	30.0%	70,0%
3	С	60	TONSILLECTOMIA EJO ADENOIDECTOMIA ETA' < 18 ANNI		Ì	0%	30.0%	70.0%
3	M	65	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	DRG-LEA	31%	10%	80,0%	20.0%
3	M	70	OTITE MEDIA È INFEZIONI DELLE ALTE VIE RESPIRATORIE ETA < 18 ANNI			25%	70,0%	30.0%
3	M	73	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO NASO, BOCCA E GOLA ETA: 17			30%	70.0%	30.0%
3	c	169	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC			0%	20.0%	80.0%
3	M	187	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	DRG-LEA	15%	40%	50. 0%	50.0%
4	м	88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA		-	10%	90.0%	10.0%
4	M	97	BRONCHITE E ASMA ETA" > 17 ANNI SENZA CC			20%	80.0%	20.0%
4	M	98	BRONCHITE E ASMA ETA' < 18 ANNI			13%	85.0%	15.0%
5	С	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	DRG-LEA	39%	0%	10.0%	90.0%
. 5	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA			0%	60,0%	40.0%
5	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK			5%	75,0%	25.0%
5	M	131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERIGHE SENZA CC	DRG-LEA	39%	15%	60.0%	40,0%
5	M	133	ATEROSCLEROSI SENZA CC	DRG-LEA	32%	30%	40.0%	60,0%
5	M	134	IPERTENSIONE	DRG-LEA	63%	60%	50,0%	50.0%
5	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC			10%	65,0%	35.0%
5	м	142	SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	DRG-LE4	37%	10%	30.0%	70.0%
5	м	143	DOLORE TORACICO			20%	30,0%	70.0%
6	с	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA SENZA CC	DRG-LEA	54%	0%	40. 0%	50.0%
6	c	160	INTERVENTI PER ERIJIA ECCETTO INGUINALE E FEMORALE. ETA: > 17 AVINI SENZA CC	DRG-LEA	48%	0%	60.0%	40,0%
6	С	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA: 17 ANNI SENZA CC	DRG-LEA	33%	0%	20.0%	80.0%
					,	ı		

M.A.A.P - Modello di Analisi dell'Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per Procedure

VALUTAZIONE SOGLIE DI INAPPROPRIATEZZA PER DRG

(1) Sogile come da L. R. n. 1 del 07/01/2004 valide a partire dal 01/01/2004 calcolate con riferimento al totale dei nooven ordinari effettuati nel 2001

POTENZIALI LEA ATTUALI

LEGENDA

% RICOVERI TRASFERIBILI IN ASSISTENZA AMBULATORIALE

% RICOVERI CONFERMATI IN DEGENZA PER TIPO DI REGIME

53

	63	4	3					
MDC	TIPO CIM	DRG	DESCRIZIONE	TIPO DRG	% SOGLIA 2004 (1)	% AMB	% ORD >1g.	% DH e ORD 0 1g.
6	c	163	INTERVENTI PER ERNIA ETA' < 18 ANNI	DRG-LEA	34%	0%	30. 0%	70,0%
6	M	179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO			30%	75.0%	25,0%
6	M	183	ESOFAGITE. GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA'> 17 ANNI SENZA CC	ORG-LEA	8%	25%	60. 0%	40.0%
6	M	184	ESOFAGITE. GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETA'< 18 ANNI	DRG-LEA	38%	20%	75.0%	25.0%
6	M	189	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE ETA' > 17 ANNI SENZA CC			20%	50.0%	50.0%
7	M	202	CIRROSI ED EPATITE ALCOLICA		-	10%	75.0%	25.0%
7	M	206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNE. CIRROSI EPATITE ALCOLICA SENZA CC			50%	45.0%	55.0%
7	M	208	MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	DRG-LEA	54%	10%	80.0%	20.0%
8	с	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC		•	0%	40.0%	60,0%
8	c	225	INTERVENTI SUL PIEDE			0%	35.0%	65,0%
8	c	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC			0%	30,0%	70.0%
8	c	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI SENZA CC			0%	30,0%	70,0%
8	c	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE			0%	20,0%	80.0%
8	С	232	ARTROSCOPIA	DRG-LEA	35%	0%	39.0%	70.0%
8	c	234	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO COMNETTIVO SENZA CC			0%	70.0%	30,0%
8	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO COMMETTIVO SENZA CC			40%	60, 0%	40.0%
8	м	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	DRG-LEA	26%	60%	50, 0%	50.0%
8	M	245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC			35%	70.0%	30.0%
8	M	247	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO			50%	60. 0%	40.0%
8	M	248	TENDINITE MIOSITE E BORSITE			55%	50. 0%	40,0%
8	м	249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO			30%	65.0%	35.0%
8	M	254	FRATTURE DISTORSIONI STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO GAMBA ECCETTO PIEDE ETA>17 ANNI SENZA CC			10%	65.0%	35.0%
8	м	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO			20%	70.0%	30.0%
8	С	503	INTERVENTI SU GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	ORG-LEA		0%	45.0%	55.0%
9	c	262	BIOPSIA DELLA MANIMELLA È ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNE	DRG-LEA	35%	0%	5.0%	95.0%
9	c	267	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	DRG-LEA	33%	0%	10.0%	90.0%
9	С	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	DRG-LEA	4%	10%	10.0%	90.0%
9	M	276	PATOLOGIE NON MALIGNE DELLA MAMMELLA	DRG-LEA	1%	10%	50,0%	50.0%
9	M	278	CELLULITE ETA' > 17 ANN/ SENZA CC			30%	70.0%	30.0%
9	M	281	TRAUMI DELLA PELLE. DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MANMAÈLLA ETAD 17 ANNI SENZA CC	DRG-LEA	40%	10%	70.0%	30.0%
9	M	282	TRAUMI DELLA PELLE DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MANMELLA ETA: < 18 ANNI	DRG-LEA	41%	5%	65.0%	35.0%
9	M	283	MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC	DRG-LEA	8%	10%	80.0%	20.0%

M.A.A.P - Modello di Analisi dell'Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per Procedure

VALUTAZIONE SOGLIE DI INAPPROPRIATEZZA PER DRG

(1) Soglie come da. L. R. n. 1 del 07/01/2004 valide a partire dal 01/01/2004 calcolate con riferimento al totale dei ricoveri ordinari effettuati nel 2001

LEA ATTUALI

LEGENDA

% RICOVERI TRASFERIBILI IN ASSISTENZA AMBULATORIALE

% RICOVERI CONFERMATI IN DEGENZA PER TIPO DI

53 43 % SOGLIA % DH e ORD 0 TIPO CIM DRG DESCRIZIONE TIPO DRG MDC % AMB % ORD >1g. 2004 (1) MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC 259 70.**05** 10 DIABETE ETA' > 35 ANNI DRG-LEA 48% 60,0% 10 295 DIABETE ETA' < 36 ANNI 405 50.0 50.0% ٠., DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO ETA: < 18 ANNI 10 298 25% 60.05 40.0% 299 DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO 50,0% 301 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC 10 DRG-LEA 5% 30.05 70.0% 11 318 INSUFFICIENZA RENALE 85,05 15.0% 11 323 CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI 45.0% 324 CALCOLOSI URINARIA SENZA CO DRG-LEA 31% 65.0 35.0% DRG-LEA SEGNI E SINTÒMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE. ETA'217 ANNI SENZA CC 25% 26% 65.01 35.0% 11 332 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA:: 17 ANNI SENZA CC 30% 70.0% 30.0% ٠. 11 12 c 339 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNE ETA: > 17 ANNI 12 347 NEOPLASIE MALIGNE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE SENZA CC 35% 30.09 70.0% 349 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC 35% 30.09 70.0% 13 c 358 INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNE SENZA CC 70.05 30,0% 13 c 360 INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA DILATAZIONE E RASCHIAMENTO CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNE 13 c 364 12% 15.04 85.0% DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO 45% 55.09 45.0% м 14 379 MINACCIA DI ABORTO 80.09 20.0% ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA 14 c 381 0% 12.05 88.0% ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE 40% 55,09 45.0% 395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI ETA' > 17 ANNI DRG-LEA 35% 15% 55.09 45.0% 17 404 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CO 17 409 RADIOTERAPIA 75% 90.09 10.0% CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA 17 410 209 20.05 80.0% 17 411 ANAMMESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA 259 19 426 NEVROSI DEPRESSIVE DRG-LEA 20% 20.0% 19 427 NEVROSI ECCETTO NEVROSI DEPRESSIVE DRG-LEA 20% 10 80.05 20.0% DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE DRG-LEA 36% 80.05 20.0% 23 С 461 INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SAVITARI 15% 23 457 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE DRG-LEA 13% 30 45.0% 55,0 25 HIV ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE 35,0% 65,0%

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 835

Decreto legislativo n. 517/99 e Decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni - art. 3bis commi 5 e 6 - Avvio procedimento di verifica per il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile P.O. AA.II, confermata dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

L'art.4 del Decreto Legislativo n.517/99 recante norme sulla disciplina delle Aziende Ospedaliero Universitarie, stabilisce che i protocolli d'intesa tra Regioni e Università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'art. 3bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Il Protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Bari approvato con la deliberazione della Giunta Regionale n.147 del 7 marzo 2003, stabilisce che i criteri e le modalità di valutazione dell'attività del Direttore Generale ai fini della conseguente conferma e revoca, sono definiti all'atto della nomina.

Con la deliberazione n. 1317 del 7/9/2006, la Giunta Regionale, acquisita l'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università di Bari, ha nominato il Prof. Antonio Castorani direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, che si è insediato in data 22 settembre 2006.

Con lo stesso provvedimento n. 1317/2006 la Giunta Regionale ha stabilito che il raggiungimento degli obiettivi assegnati concorre alla valutazione dell'attività prevista dall'art.3bis del D.L.gs. n.502/92 e successive modifiche e inte-

grazioni.

Il suddetto articolo 3 bis del D.L.gs n.502/92, al comma 5 stabilisce che le Regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali; il successivo comma 6 stabilisce che, decorsi diciotto mesi dalla nomina la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati con il provvedimento di nomina, aggiornandoli periodicamente, e, sentiti i pareri previsti dalla stessa normativa, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.

Pertanto, ai sensi della normativa suindicata, ricorrono le condizioni per avviare il procedimento di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Prof. Antonio Castorani con il provvedimento di nomina, aggiornati periodicamente con il Documento di Indirizzo Economico Funzionale.

Con la deliberazione n. 1494/03, modificata con deliberazione n. 623/04, la Giunta Regionale ha stabilito i criteri e le modalità procedurali del sistema valutativo da utilizzare per la procedura di verifica dell'attività dei direttori generali delle Aziende del SSR, applicabili in analogia, alle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Successivamente, con la deliberazione n.510 del 24/4/2007, la Giunta Regionale, in ragione delle criticità incontrate nell'espletamento delle verifiche, ha modificato e integrato i criteri e le modalità procedurali stabilite con i suddetti provvedimenti giuntali n. 1494/2003 e n.623/2004.

Pertanto, la valutazione, d'intesa con l'Università degli Studi di Bari, deve essere effettuata sui risultati di gestione ottenuti dal Direttore Generale nell'arco temporale di riferimento, con riguardo agli orientamenti e direttive regionali risultante:

- dalla relazione richiesta al Magnifico Rettore dell'Università di Bari;
- dalla relazione richiesta al Collegio Sindacale;

- dagli atti, documenti e corrispondenza in possesso dei Settori dell'Assessorato alle Politiche della Salute, nonché dall'Agenzia Sanitaria Regionale, pervenuti dall'Amministrazione sottoposta al procedimento;
- 4) dalle relazioni fatte tenere dai componenti del Nucleo Ispettivo Regionale;
- 5) dalle relazioni appositamente richieste agli organi che, ai sensi della normativa vigente, hanno titolo a provvedere.

La valutazione è effettuata sul raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale con il provvedimento di nomina e con i provvedimenti di Giunta Regionale concernenti il Documento di Indirizzo Economico Funzionale, relativi al periodo sottoposto a verifica, secondo la graduazione:

- a) obiettivo raggiunto
- b) obiettivo non raggiunto

La valutazione si intende negativa nel caso in cui gli obiettivi non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.

Individuata la griglia degli obiettivi operando, ove nel caso, la necessaria sintesi degli obiettivi di significato equivalente, la valutazione deve essere effettuata verificando:

- 1) in via preliminare i motivi di decadenza ex legis;
- gli obiettivi i cui mancati adempimenti sono classificati "grave inadempienza" attribuendo in caso di giudizio negativo, valore doppio ai fini del raggiungimento del limite del 20% di cui ai criteri di valutazione;
- 3) i restanti obiettivi.

Il Direttore Generale dell'ARES, con la nota n. 2259 del 15 maggio 2006, ai sensi della L.R. n.24/2001, ha fornito le proprie indicazioni in merito alla procedura di cui trattasi, di seguito riportate:

 a) la non assicurazione dei flussi informativi costituisce grave inadempienza. Anche il ritardo che abbia causato incompletezza degli adempimenti regionali va tenuto in considerazione;

- b) la contabilità analitica era già adempimento delle aziende sanitarie:
- c) ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa , possono essere valutati gli interventi effettuati secondo il nuovo piano di cui alle deliberazioni G.R. n.573/2003 e 1200/2006 ed alle reali possibilità;
- d) circa i tassi di ospedalizzazione e promozione di ospedalizzazione diurna, possono essere valutati il trend ed i flussi di mobilità passiva individuando range di accettabilità;
- e) possono valutarsi le iniziative adottate in tema di percorsi e linee guida e di adesione a quelle regionali;
- f) gli adempimenti riguardanti i limiti di incremento della spesa e l'equilibrio economico trimestrale e annuale sono previsti a pena di decadenza; sarà opportuno effettuare idonee valutazioni in relazione alle risorse ripartite, a quelle accantonate, a valutazioni comparative tra Aziende, ad eventuali integrazioni di fondi.

Le verifiche di cui sopra possono essere considerate assorbenti delle altre o essere valutate tutte ciascuna ad integrazione e conferma delle precedenti. Non può ritenersi preclusa, comunque, la valutazione di ogni altro elemento grave che sia pervenuto a conoscenza della Regione.

Si propone, quindi, di avviare la procedura di verifica per il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, con i criteri e le modalità procedurali, come sopra rappresentate.

Si propone, altresì, di affidare l'espletamento del procedimento di cui trattasi ad una Commissione di esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane e organizzazione dei servizi ospedalieri o territoriali, di cui uno individuato dall'Università degli Studi di Bari.

Con nota n. 36635/111/14 del 24/04/2008 il Magnifico Rettore dell'Università di Bari ha designato il Prof. Luigi Volpe, Ordinario di Diritto Pubblico Comparato presso la Facoltà di

Giurisprudenza, quale componente della predetta Commissione.

COPERTURA FINANZIARIA l.r. n.28/01 e s.m.i.

Il presente provvedimento comporta una spesa presuntiva pari a euro 3.000,00= a carico del bilancio regionale 2008 da finanziare con le disponibilità del capitolo 712050 - U.P.B. 12.2 - Con atto dirigenziale del Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica si provvederà al relativo impegno da assumersi entro il corrente esercizio finanziario.

IL DIRIGENTE DI SETTORE Silvia Papini

il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'art.4, comma 4, lettera d) della L.R. 7/97 -

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

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Responsabile
 P.O. AA.II., dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera
 Specialistica
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate,

 di avviare, ai sensi del D.L.gs n.517/99, del D.L.gs n.502/92 e successive modifiche e integrazioni e del Protocollo d'intesa Regione-Università, il procedimento di verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Prof. Antonio Castorani, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari nei primi diciotto mesi del mandato conferito dalla Giunta Regionale, acquisita l'intesa con il Magnifico Rettore dell'Università di Bari, con la deliberazione n. 1317 del 7/9/2006.

- La valutazione deve essere effettuata, d'intesa con l'Università degli Studi di Bari, sui risultati di gestione ottenuti dal Direttore Generale nell'arco temporale di riferimento, con riguardo agli orientamenti e direttive regionali risultante:
 - 1) dalla relazione richiesta al Magnifico Rettore dell'Università di Bari;
 - dalla relazione richiesta al Collegio Sindacale;
 - dagli atti, documenti e corrispondenza in possesso dei Settori dell'Assessorato alle Politiche della Salute, nonché dall'Agenzia Sanitaria Regionale, pervenuti dalle Amministrazioni sottoposte al procedimento;
 - 3) dalle relazioni fatte tenere dai componenti del Nucleo Ispettivo Regionale;
 - 4) dalle relazioni appositamente richieste agli organi che, ai sensi della normativa vigente, hanno titolo a provvedere.

La valutazione è effettuata, altresì, sul raggiungimento degli obiettivi assegnati al Prof. Antonio Castorani con il provvedimento di nomina e con i provvedimenti di Giunta Regionale concernenti il Documento di Indirizzo Economico Funzionale, relativi al periodo sottoposto a verifica, secondo la graduazione :

- a) obiettivo raggiunto
- b) obiettivo non raggiunto

La valutazione si intende negativa nel caso in cui gli obiettivi non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.

Individuata la griglia degli obiettivi, operando ove nel caso, la necessaria sintesi degli obiettivi di significato equivalente, la valutazione deve essere effettuata verificando: 1) in via preliminare i motivi di decadenza ex legis;

- gli obiettivi i cui mancati adempimenti sono classificati "grave inadempienza" attribuendo in caso di giudizio negativo, valore doppio ai fini del raggiungimento del limite del 20% di cui ai criteri di valutazione;
- 3) i restanti obiettivi.
- di considerare, altresì, ai fini del presente procedimento di verifica, per quanto compatibile con gli obiettivi assegnati al Prof. Castorani con il provvedimento giuntale di nomina, le indicazioni fornite dal Direttore Generale dell'ARES con la nota n.2259 del 15/5/2006 che di seguito si riportano:
 - a) la non assicurazione dei flussi informativi costituisce grave inadempienza. Anche il ritardo che abbia causato incompletezza degli adempimenti regionali va tenuto in considerazione;
 - b) la contabilità analitica era già adempimento delle aziende sanitarie;
 - c) ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, possono essere valutati gli interventi effettuati secondo il nuovo piano di cui alle deliberazioni di G.R. n.573/2003 e n. 1200/2006 e alle reali possibilità;
 - d) circa i tassi di ospedalizzazione e promozione di ospedalizzazione diurna, possono essere valutati il trend ed i flussi di mobilità passiva individuando range di accettabilità:
 - e) possono valutarsi le iniziative adottate in tema di percorsi e linee guida e di adesione a quelle regionali;
 - f) gli adempimenti riguardanti i limiti di incremento della spesa e l'equilibrio economico trimestrale e annuale sono previsti a pena di decadenza; sarà opportuno effettuare idonee valutazioni in relazione alle risorse ripartite, a quelle accantonate, a valutazioni comparative tra Aziende, ad eventuali integrazioni di fondi.
- di prendere atto che le verifiche di cui sopra possono essere considerate assorbenti delle altre o essere valutate tutte ciascuna ad integrazione e conferma delle precedenti. Non deve ritenersi preclusa, comunque, la valutazione di ogni altro elemento grave che sia per-

- venuto a conoscenza della Regione.
- di avvalersi del supporto tecnico della Commissione di esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane e organizzazione dei servizi ospedalieri o territoriali, di cui uno designato, con la nota n. 36635 111/14 del 24/04/2008, dal Magnifico Rettore dell'Università di Bari nella persona del Prof. Luigi Volpe, così composta:

Dott. Pomo Vincenzo con funzioni di Presidente

Dott. Spinelli Rocco Componente
Dott. Volpicella Leonardo Componente
Dott. Moretti Carmela Componente
Sig.ra Romeo Cecilia con funzioni di
Segretario

di corrispondere ai componenti nominati con il presente provvedimento un compenso pari a euro 500,00= pro-capite, integrato del 20% per il Presidente e ridotto del 20% per il Segretario, oltre al rimborso delle spese di viaggio sostenute dai componenti residenti fuori della sede di svolgimento dei lavori della Commissione.

- di stabilire che con successivo atto dirigenziale si provvedere ad impegnare la spesa derivante dall'adozione del presente provvedimento.
- di dare mandato all'Ufficio 3 del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica per l'adozione dei conseguenti adempimenti derivanti dall'adozione del presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel BURP ai sensi della 1.r. 13/94.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 836

Adempimenti verifica erogazione livelli di assistenza - Recepimento Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 3 marzo 2007.

L'Assessore alle Politiche della salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente dell'Ufficio n. 2 e confermate dal Dirigente del Settore Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

- L'art. 1, comma 173, della legge n. 311/30 dicembre 2003, ai fini del finanziamento integrativo a carico dello Stato a favore delle Regioni, ha imposto una specifica intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131/5 giugno 2003, che preveda determinati adempimenti, nel contesto degli obiettivi di finanza pubblica, finalizzata al contenimento della spesa.
- L'individuazione dei predetti adempimenti da parte delle Regioni per l'accesso dei fondi di cui innanzi è stata sancita con l'intesa della Conferenza Stato - Regioni e P. A. nella seduta del 23 marzo 2005 con il n. 2271 di repertorio.
- A fronte di tanto, necessita recepire il DPCM
 5 marzo 2007 che modifica il precedente
 DPCM 29 novembre 2001 recante la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- Detto recepimento, unitamente alla raccolta dell'altra necessaria documentazione relativa all'anno 2007, deve essere trasmesso al tavolo di verifica degli adempimenti di cui alla ricordata intesa del 23 marzo 2005.

Ai fini di un'ampia pubblicizazzione e dell'accesso da parte delle strutture del SSR, per la sua conoscenza ed attuazione, il presente provvedimento, previa pubblicazione sul BURP, deve essere immesso sui siti internet della Regione Puglia (www.regione.puglia.it) e dell'A.Re.S. (www.arespuglia.it).

La presente deliberazione, inoltre, sarà notificata ai Direttori generali ed ai Commissari straordinari delle ASL, Aziende ospedaliere ed IRCCS.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA LR. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODI-FICHE ED INTEGRAZIONI"

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

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO Dr. Pasquale Gentile

- L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L. R. n. 7/97 art .4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale

LA GIUNTA

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

DELIBERA

per quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente riportata,

- di recepire il DPCM 5 marzo 2007 che modifica il precedente DPCM 29 novembre 2001 recante la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L. R. n. 13/94;
- 3. di disporre l'inserimento del predetto recepimento nei siti internet della regione Puglia e dell'A.Re.S.;
- 4. di notificare il presente atto, a cura del Settore

AOS, ai Direttori generali ed ai Commissari straordinari delle ASL, Aziende ospedaliere ed IRCCS:

 di riservarsi la comunicazione al tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005.

> IL SEGRETARIO Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 839

Accordo Stato - Regione concernente un programma di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano al fine di realizzare interventi di prevenzione in materia di tossicodipendenze. Autorizzazione alla sottoscrizione di Protocollo d'intesa con l'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio delle Dipendenze patologiche (L'APIS).

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 -Funzione distrettuale e interdistrettuale -Assistenza farmaceutica - Controllo della spesa -Emergenza Urgenza (118), confermata dal Dirigente del Settore Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

Con provvedimento n. 729 del 4//2007 la Giunta Regionale ha recepito I' Accordo concernente un programma di collaborazione tra il Ministero della Solidarietà Sociale, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano al fine di realizzare interventi di prevenzione in materia di tossicodipendenze sottoscritto, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il 14/12/2006.

Con tale Accordo sono state definite le azioni e le modalità di finanziamento di due specifici progetti denominati:

"Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti"; "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe".

L'Assessorato alle Politiche della Salute, con nota prot. n. 24/9010/ATP/3 del 10 maggio 2007, inviata a tutti i Direttori Generali delle ASL, ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche e agli Enti Gestori delle Comunità Terapeutiche, ha chiesto la redazione di opportuni e dettagliati piani d'azione, nei predetti ambiti d'intervento, da sottoporre alla successiva valutazione del Comitato Regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche (C.R.I.Di.P.) istituito con delibera di G.R. n. 1722 del 30/11/2005.

Nei termini indicati dalla predetta nota assessorile (30 giugno 2007) sono pervenuti al competente ufficio n. 5 programmi d'intervento presen-Dipartimenti delle dai Dipendenze Patologiche delle ex ASL BA/2, FG/1 - Sez. 1, FG/1 - Sez. 2, FG/2, e TARANTO nonché una proposta progettuale ulteriore presentata dall'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche (LAPIS) in rappresentanza delle numerose comunità ed Associazioni della nostra regione inserite nell'Albo def intivo degli Enti ausiliari di cui alla Legge Regionale n. 22/1996.

Con nota n. 24/10457/ATP/3 del 10 agosto 2007 si è proceduta alla convocazione, per il giorno 11/9/2007, del CRIDiP per definire nel dettaglio le linee d'azione, i tempi d'intervento, i soggetti pubblici e privati (Sert, Associazioni rappresentative del privato sociale, ecc) da coinvolgere al fine di assicurare il pieno raggiungimento, sul territorio regionale, degli obiettivi previsti dal programma.

In data 3 settembre 2007, nel corso di una riunione svoltasi con tutte le Aziende Sanitarie che avevano presentato delle proposte progettuali, si è deciso di fondere ed armonizzare tali contributi in due singole proposte regionali.

Il giorno 11/9/2007, il Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute e il Comitato Regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche (C.R.I.Di.P.),in linea con gli indirizzi progettuali emanati dal Ministero della Solidarietà e sulla scorta delle decisioni assunte nella riunione del 3/9/2007 ha predisposto, due proposte progettuali, proponendo quale ente esecutore degli stessi l'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche (LAPIS).

Il Ministero della Solidarietà dopo V esame e conseguente approvazione dei predetti progetti da parte di un apposito "Gruppo Tecnico Nazionale", con nota n. DGTD - 1108 del 10/12/2007, ha inviato copia originale del Protocollo d'intesa sottoscritto da rappresentanti delle due -Amministrazioni (Ministero della solidarietà sociale e Assessore alla Salute per la Regione Puglia).

Successivamente, con nota n. DGTD - 103 del 25/1/2008, il Ministero ha trasmesso copia del decreto di approvazione e contestuale autorizzazione a pagare la prima quota del 50% del finanziamento previsto per i due progetti pari a euro 178.030,00 (Centosettantottomilatrenta/O0).

Per il concreto avvio delle attività progettuali, in premessa richiamate, si propone quindi di procedere all'approvazione del protocollo d'intesa, che si allega al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, nella quale viene individuata l'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche (L'APIS) quale ente a cui affidare I' esecuzione dei medesimi progetti.

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. n. 28/01

Il presente provvedimento comporta la spesa complessiva di euro 356.060,00 e trova copertura al Cap 712030 del Bilancio regionale 2008.

All'impiego si provvederà con successivo atto del componente settore ATP da adottarsi entro il corrente esercizio.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE ATP Dr. Fulvio Longo

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie di cui innanzi, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale in quanto rientrante nelle tipologie previste dall'art. 4 - comma 4, lettera k) della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta resa dall'Assessore alle Politiche della Salute;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio 3 e dal Dirigente del Settore Assistenza Territoriale Prevenzione;

DELIBERA

per le motivazioni innanzi esposte che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di approvare l'allegato Protocollo d'intesa che si allega al presente atto a farne parte integrante e sostanziale, nella quale si individua l'Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche (L'APIS) quale Ente a cui affidare la responsabilità gestionale del "Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti" e del "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe":
- di dare mandato al Dirigente del Settore Assistenza Territoriale - Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute per la sottoscrizione del predetto Protocollo d'intesa.
- 3. Di disporre la pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del presente provvedimento.
- 4. Di disporre l'inserimento del predetto Accordo nei siti internet della Regione Puglia e dell'A.Re.S.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola



REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione – Uff. 3

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

LA REGIONE PUGLIA - ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

E

L'APIS - Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche

PREMESSO

Che con protocollo d'intesa fra il Ministero della solidarietà sociale e la Regione Puglia in data 27 novembre 2007 sono stati finanziati con euro 178.030,00 cad. i progetti denominati "Immigrazione e Dipendenze: Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti" e "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe";

Che per l'elaborazione dei due progetti in questione, la Regione Puglia si è avvalsa della collaborazione del Cridip (Comitato Regionale Interdipartimentale delle Dipendenze) e de L'Apis (Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche);

Che per la realizzazione del progetto denominato "Immigrazione e Dipendenze: Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti", già in fase di elaborazione della proposta era stata individuata una equipe di progetto composta dai Dott.ri Matteo Giordano, Alberto Santamaria, Claudio Poggi, Daniele Ferrocino, Felice Di Lernia e Franco Catalucci;

Che per la realizzazione del progetto "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe", già in fase di elaborazione della proposta era stata individuata una equipe di progetto composta dai Dott.ri Claudio Poggi, Francesca De Biase, Vincenzo Simeone, Daniele Ferrocino, Felice Di Lernia, Alberto Santamaria e Amalia Conversano;

Che per la concreta attuazione delle azioni progettuali si ritiene opportuno affidare la gestione operativa dei due progetti a "L'Apis - Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche" in quanto soggetto dotato di competenze tecniche ed organizzative adeguate per la pronta realizzazione degli interventi previsti;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

1. Il presente protocollo d'intesa, relativo ai progetti "Immigrazione e Dipendenze: Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti" e "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe", regola le modalità di realizzazione, i diritti e gli obblighi derivanti dal rapporto tra la Regione Puglia e L'Apis - Agenzia Pugliese di Intervento e Studio sulle Dipendenze Patologiche (d'ora innanzi denominata L'Apis per brevità).

2. Le specifiche attività in cui si concretizzano le realizzazioni dei due progetti sono descritte nei testi dei progetti e negli allegati tecnico-scientifici (allegati AA e BB), che costituiscono parte integrante del presente atto.

Art. 2

- 1. La realizzazione dei due progetti ha durata non inferiore a 24 mesi a far data dalla comunicazione scritta dell'avvio delle attività che L'Apis dovrà trasmettere alla Regione Puglia entro tre mesi dalla stipula del presente protocollo d'intesa.
- 2. Il termine dei tre mesi può essere superato solo in presenza di documentate motivazioni giustificative.

Art. 3

- 1. Per la realizzazione di entrambi i progetti L'Apis, avvalendosi delle risorse finanziarie all'uopo trasferite dalla Regione Puglia e pari ad € 356.060,00 (euro trecentocinquantaseimila sessanta/00), potrà intraprendere ogni iniziativa ritenuta utile ai loro positivi esiti purchè tali iniziative ottengano il parere favorevole della competente equipe di progetto evidenziata in premessa.
- 2. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività, L'Apis entro trenta giorni dalla scadenza di ogni semestre trasmette alla Regione Puglia un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto ed un rendiconto finanziario sulle spese effettivamente sostenute.
- Durante lo svolgimento delle attività previste nella realizzazione dei due progetti potranno essere apportate modifiche progettuali a condizione che le stesse migliorino l'impianto complessivo del progetto.
- 4. Le variazioni possono essere richieste da L'Apis e sono sottoposte all'assenso della competente equipe di progetto all'uopo delegata dalla Regione Puglia. Resta fermo che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.

Art. 4

- 1. L'Apis si impegna a mettere a disposizione della Regione Puglia tutta la documentazione tecnica e contabile necessaria o utile per il monitoraggio delle attività e la verifica della congruità dei due progetti per i controlli che la stessa Regione Puglia vorrà effettuare in proprio o per rispondere agli accordi da essa stipulati con il Ministero della solidarietà sociale.
- 2. L'Apis si impegna inoltre a dare attuazione ai due progetti secondo le indicazioni operative che gli verranno fornite dalle competenti equipe di progetto evidenziate in premessa e delegate dalla Regione Puglia ad impartire le direttive operative per la corretta realizzazione delle attività progettuali.

Art. 5

- Per la realizzazione dei due progetti verrà corrisposto a L'Apis un finanziamento, a carico del bilancio di previsione della Regione Puglia, pari ad € 356.060,00 (euro trecentocinquantaseimila sessanta/00) da impegnare sul Cap. 712030 del Bilancio 2008.
- 2. Tale somma sarà suddivisa in € 178.030,00 (euro centosettantottomila trenta/00) per il progetto "Immigrazione e Dipendenze: Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti" ed € 178.030,00 (euro centosettantottomila trenta/00) per il "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe".
- 3. L'Apis si impegna a rendicontare le spese sostenute nel periodo di riferimento di attuazione dei progetti.

Art. 6

- 1. Le risorse, tenuto conto del riparto indicato all'art. 5, vengono trasferite dalla Regione Puglia a L'Apis secondo le seguenti modalità:
 - a) riguardo al progetto "Immigrazione e dipendenze: progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti" una prima quota, pari al 50% del finanziamento assegnato, è versata all'inizio dell'attività progettuale, una seconda quota pari al 45% del finanziamento assegnato, è versata dietro rendicontazione del completo utilizzo della prima quota versata, il restante 5% sarà versato al termine della realizzazione del progetto, previa presentazione della documentazione relativa ai costi sostenuti e alla concreta attuazione del progetto, nonché previa verifica della congruità da parte della Regione Puglia e del Gruppo Tecnico nominato dal Ministero della solidarietà sociale;
 - b) riguardo al "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe" una prima quota, pari al 50% del finanziamento assegnato, è versata all'inizio dell'attività progettuale, una seconda quota pari al 45% del finanziamento assegnato, è versata dietro rendicontazione del completo utilizzo della prima quota versata, il restante 5% sarà versato al termine della realizzazione del progetto, previa presentazione della documentazione relativa ai costi sostenuti e alla concreta attuazione del progetto, nonché previa verifica della congruità da parte della Regione Puglia e del Gruppo Tecnico nominato dal Ministero della solidarietà sociale.

Art. 7

- 1. Nel caso in cui L'Apis non provveda ad inviare le relazioni di cui all'art. 3, ovvero in caso di valutazione negativa delle medesime relazioni, la Regione Puglia sospende l'erogazione del finanziamento.
- 2. La sospensione del finanziamento potrà essere disposta dalla Regione Puglia anche la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.

Art. 8

- 1. L'Apis redigerà e trasmetterà alla Regione Puglia un rapporto finale nel quale saranno esposti i risultati delle attività realizzate nell'ambito dei progetti.
- 2. Nel caso in cui la presentazione dei rapporti e dei rendiconti non possa avvenire nei termini stabiliti, è facoltà della Regione Puglia concedere un'apposita proroga, previa formale motivata richiesta da parte de L'Apis.
- 3. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce comunque motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 9

La Regione Puglia e L'Apis potranno avvalersi degli esiti dei progetti ciascuno nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e per diffondere le buone pratiche emergenti.

I rapporti sulle attività svolte nell'ambito dei due progetti potranno essere utilizzati, in versione integrale o in stralcio, sia dalla Regione Puglia che da L'Apis in tutte le occasioni di confronto pubblico in cui si ritenga opportuno avvalersene, anche nell'ambito di pubblicazioni curate dalla Regione Puglia o da L'Apis.

Art. 10

- 1. Le spese di bollo e di registrazione, in caso d'uso e se dovute, sono a carico de L'Apis che potrà rendicontarle fra le spese amministrative inerenti i progetti.
- 2. Per ogni controversia relativa all'interpretazione, esecuzione e/o validità del protocollo, o comunque connessa o dipendente, è competente il Foro di Bari.

Il presente protocollo si compone di n. 10 articoli e n. 3 pagine

Bari, lì						
				Mark re	TERM AND COME FOR CASE OF	
L'Apis - Agei	nzia Pugliese di II	ntervento		AND THE	Regione Puglia	
	le dipendenze Par	•				
Il Presiden	te: Dott. Filippo D	e Bellis		•		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 840

Accordi/Intese Stato Regioni in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria - Recepimento.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dott. Alberto Tedesco, sulla base dell'istruttoria espletata e confermata dal Dirigente dall'Ufficio 2 e dal dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Il Regolamento (CE) n. 178/2002 ha fissato i principi ed i requisiti generali della legislazione alimentare, istituendo l'Autorità europea per la sicurezza alimentare;

Il Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 ha stabilito le norme generali sull'igiene dei prodotti alimentari;

Il Regolamento CE n. 853/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 ha stabilito le norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale ed inoltre ha previsto il riconoscimento per gli stabilimenti che trattano i suddetti alimenti;

Il Regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 reca disposizioni relative ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;

Il regolamento CE n. 854/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sulla base dei principi del Reg. CE 882/2004, stabilisce norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano;

La Conferenza Stato-Regioni, nel corso dell'anno 2007, con propri provvedimenti ha sancito le seguenti intese ai sensi della vigente normativa in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Vista l'intesa sancita in data 16 novembre 2006, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, relativa alle linee guida sui prodotti della pesca e la nuova regolamentazione comunitaria. - Repertorio atti n. 2674

Vista l'intesa sancita in data 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di vendita diretta di latte crudo per l'alimentazione umana. - Repertorio Atti n. 5/CSR

Vista l'intesa sancita in data 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di deroghe transitorie per la produzione di formaggi prodotti con latte bovino e con periodo di maturazione di almeno 60 giorni ai sensi dei Regolamenti CE n. 852 e 853 del 2004. - Repertorio Atti n. 6/CSR

Vista l'intesa sancita in data 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativa alle linee guida sui molluschi bivalvi e alla nuova regolamentazione comunitaria. - Repertorio Atti n. 7/CSR

Vista l'intesa sancita in data 18 aprile 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano su "Linee Guida vincolanti per la gestione operativa del sistema di allerta rapida per mangimi". - Repertorio Atti n. 84/CSR

Vista l'intesa sancita in data 10 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente linee guida per la corretta applicazione del Regolamento CE 2075/2005 che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di trichinella nelle carni. - Repertorio Atti n. 94/CSR

Vista l'intesa sancita in data 31 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giu-

gno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente una deroga specifica, norme transitorie e talune disposizioni generali per gli stabilimenti di macellazione. - Repertorio Atti n. 115/CSR

Vista l'intesa sancita in data 31 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente una deroga specifica, norme transitorie e talune disposizioni generali per gli stabilimenti di macellazione. - Repertorio Atti n. 115/CSR

Vista l'intesa sancita in data 14 giugno 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute concernente il "Piano Nazionale Integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare". - Repertorio Atti n. 133/CSR

Vista l'intesa sancita in data 15 novembre 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di deroghe relative alla produzione di lagomorfi e volatili parzialmente eviscerati. - Repertorio Atti n. 250/CSR

- Per alcune delle suddette intese, benché già in fase di attuazione, necessita un formale atto di recepimento da trasmettere al tavolo di verifica degli adempimenti di cui alla ricordata intesa del 23 marzo 2005.

Ritenuto, pertanto, di dover recepire le suddette intese anche allo scopo di assicurarne l'immediata applicazione sul territorio regionale delle prescrizioni in esse contenute, così consentendo agli operatori del settore alimentare ed agli organi del controllo ufficiale di disporre di indicazioni tecniche specifiche per la corretta e uniforme applicazione delle disposizioni previste, ai fini del rispetto dei principi ed obiettivi della legislazione comunitaria sopra richiamata a tutela della salute pubblica;

SEZIONE 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 DIRIGENTE DELL'UFFICIO Dott. Onofrio Mongelli

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della G.R. ai sensi dell'art. 4, comma 4°, lettera k) della L.R. n. 7/97

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- 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

- 1. di recepire le seguenti intese sanciti in Conferenza Stato-Regioni:
 - Intesa del 16 novembre 2006, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, relativa alle linee guida sui prodotti della pesca e la nuova regolamentazione comunitaria. -Repertorio atti n. 2674
 - Intesa del 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di vendita diretta di latte crudo per l'alimentazione umana. - Repertorio Atti n. 5/CSR del 25/01/2007
 - Intesa del 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di

Trento e di Bolzano in materia di deroghe transitorie per la produzione di formaggi prodotti con latte bovino e con periodo di maturazione di almeno 60 giorni ai sensi dei Regolamenti CE n. 852 e 853 del 2004. - Repertorio Atti n. 6/CSR del 25/01/2007

- Intesa del 25 gennaio 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano relativa alle linee guida sui molluschi bivalvi e alla nuova regolamentazione comunitaria.
 Repertorio Atti n. 7/CSR del 25/01/2007
- Intesa del 18 aprile 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano su "Linee Guida vincolanti per la gestione operativa del sistema di allerta rapida per mangimi". -Repertorio Atti n. 84/CSR del 18/04/2007
- Intesa del 10 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente linee guida per la corretta applicazione del Regolamento CE 2075/2005 che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di trichinella nelle carni. Repertorio Atti n. 94/CSR del 10/05/2007
- Intesa del 31 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente una deroga specifica, norme transitorie e talune disposizioni generali per gli stabilimenti di macellazione. Repertorio Atti n. 115/CSR
- Intesa del 31 maggio 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente una deroga specifica, norme transitorie e talune disposizioni generali per gli stabilimenti di macellazione. Repertorio Atti n. 115/CSR del 31/05/2007
- Intesa del 14 giugno 2007, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno

2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute concernente il "Piano Nazionale Integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare". - Repertorio Atti n. 133/CSR

- 2. di demandare al Dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione la predisposizione di ulteriori atti necessari per l'uniforme applicazione sul territorio regionale.
- di disporre l'inserimento dei predetti accordi/intese nel sito Internet della regione Puglia;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L. R. n. 13/94;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008, n. 843

Osservatorio Regionale permanente sulla salute ed il benessere delle donne.

L'Assessore alle Politiche della Salute, di concerto con l'Assessore alla Solidarietà, sulla base dell'istruttoria espletata dal Settore Assistenza territoriale e prevenzione e dall'Ufficio Politica per le persone e le famiglie, confermata dai Dirigenti degli Uffici e dai Dirigenti dei Settori Assistenza Territoriale e Prevenzione e Sistema Integrato Servizi Sociali, riferiscono quanto segue.

Visto:

- il Piano di Azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini" del Ministero della Salute dell'8 marzo 2007
- l'intesa della Conferenza Unificata Stato Regioni del i° agosto 2007 per la riorganizzazione dei consultori familiari per potenziare gli

interventi sociali a favore delle famiglie e la deliberazione di Giunta Regionale n. 2013 del 27 novembre 2007 di approvazione dello schema di accordo tra la Regione Puglia e il Ministero della Famiglia

• la bozza di intesa della Conferenza Unificata in materia di "Indicazioni al fine di una migliore applicazione della legge n. 194/1978 di una migliore tutela della salute sessuale e riproduttiva e sulla appropriatezza - qualità nel percorso della diagnosi prenatale".

Viste le iniziative già attivate dalla Regione Puglia in materia di promozione della salute e del benessere delle donne, ed in particolare, il Forum Regionale per la Promozione della Salute delle Donne e le politiche di genere organizzato nell'ambito della campagna di ascolto sul Piano Regionale di Salute 2007-2009.

Considerata l'esigenza di potenziare le politiche della salute con prospettiva di genere, si propone di istituire un Gruppo di Lavoro denominato Osservatorio Regionale Permanente sulla Salute ed il Benessere delle Donne con lo scopo di integrare le competenze interne della Regione Puglia e dei propri enti sussidiari e del mondo dell'associazionismo femminile nella programmazione, realizzazione e validazione dei programmi strategici aventi a riguardo la salute e la qualità della vita delle donne.

L' Osservatorio Regionale Permanente sulla Salute ed il Benessere delle Donne è composto da:

- dott. Fulvio Longo Dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute, che lo coordina;
- dott.ssa Antonella Bisceglia Dirigente del Settore Sistema Integrato Servizi Sociali e Ufficio Garante di Genere giusta deliberazione di Giunta Regionale n. 1267 del 31 luglio 2007;
- dott. Antonio Masciandaro, medico ginecologo e docente presso l'Università degli Studi di Bari - Dipartimento di Ginecologia Ostetricia e Neonatologia;
- dott.ssa Rosa Guagliardo, medico ginecologo

- consultoriale ASL Ba e Responsabile del Coordinamento Regionale dei medici consultoriali;
- dott.ssa Maria Leuzzi, portavoce delle associazioni che hanno promosso il citato Forum Regionale;
- dott.ssa Lucia Laterza, portavoce delle associazioni che hanno promosso il citato Forum Regionale;
- dott.ssa Antonietta Ancona, responsabile Centro di Senologia Ospedale S.Paolo Bari;
- dott. Vincenzo De Filippis, Forum Nazionale socio-sanitario;
- direttore scolastico regionale o suo delegato;
- una rappresentante della FIMMG;
- Segretario, funzionario Assessorato Politiche della Salute.

Compiti specifici dell'Osservatorio Regionale Permanente per la Salute delle Donne sono i seguenti:

- Proporre i modelli organizzativi e quantificare le risorse per il potenziamento della rete consultoriale (in termini di accessibilità, logistica, prestazioni rese, risorse umane, coordinamento con gli altri servizi territoriali, ecc.) quale fondamentale strumento per l'attuazione di interventi finalizzati alla promozione e tutela della salute delle donne in applicazione di quanto espresso nel Progetto Obiettivo Materno Infantile;
- Effettuare un costante monitoraggio delle operatività dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che dal loro livello di integrazione;
- Promuovere attività di aggiornamento e formazione professionale comune tra il personale dei diversi servizi territoriali, con particolare riguardo al potenziamento di un approccio interculturale;
- Promuovere una diffusa e capillare informazione, in particolare verso la popolazione immigrata, finalizzata alla promozione della salute delle donne ed alla diffusione delle misure a sostegno della maternità e del ruolo genitoriale:
- Garantire la più ampia partecipazione delle donne alla formulazione delle politiche regio-

nali in materia socio-sanitaria;

- Assicurare l'integrazione delle risorse e il coordinamento degli interventi promossi sul territorio regionale;
- Assicurare percorsi di coordinamento costanti con l'Agenzia Regionale Sanitaria, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e le sue articolazioni provinciali.

L'Osservatorio Regionale Permanente per la Salute delle Donne, all'atto del proprio insediamento si dota di un proprio regolamento di funzionamento.

COPERTURA FINANZIARIA

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

IL DIRIGENTE DEL SETTORE Fulvio Longo

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

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

LA GIUNTA

- > udita la relazione e la conseguente proposta degli Assessori proponenti;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Settore;
- > a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

> Di approvare quanto espresso in narrativa, che costituisce parte sostanziale del presente provvedimento deliberativo;

- > di istituire l'Osservatorio Regionale Permanente per la Salute ed il Benessere delle Donne con lo scopo di integrare le competenze interne della Regione Puglia e dei propri enti sussidiari e del mondo dell'associazionismo femminile nella programmazione, realizzazione e validazione dei programmi strategici aventi a riguardo la salute e la qualità della vita delle donne.
- > di dare atto che tale Osservatorio espleterà le funzioni indicate in narrativa ed è composto da:
 - dott. Fulvio Longo Dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute che lo coordina;
 - dott.ssa Antonella Bisceglia Dirigente del Settore Sistema Integrato Servizi Sociali e Ufficio Garante di Genere giusta deliberazione di Giunta Regionale n. 1267 del 31 luglio 2007;
 - dott. Antonio Masciandaro, medico ginecologo e docente presso l'Università degli Studi di Bari - Dipartimento di Ginecologia Ostetricia e Neonatologia;
 - dott.ssa Rosa Guagliardo, medico ginecologo consultoriale ASL Ba e Responsabile del Coordinamento Regionale dei medici consultoriali;
 - dott.ssa Maria Leuzzi, portavoce delle associazioni che hanno promosso il citato Forum Regionale;
 - dott.ssa Lucia Laterza, portavoce delle associazioni che hanno promosso il citato Forum Regionale;
 - dott.ssa Antonietta Ancona, responsabile Centro di Senologia Ospedale S.Paolo Bari;
 - dott. Vincenzo De Filippis, Forum nazionale socio-sanitario; direttore scolastico regionale o suo delegato; una rappresentante della FIMMG;
 - segretario, funzionario Assessorato Politiche della Salute
- > Di dare mandato al Dirigente del Settore ATP per l'espletamento degli adempimenti necessari;

> Di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, esecutiva, sul BURP

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 maggio 2008. n. 870

Deliberazione di Giunta regionale n. 463 del 25 marzo 2008. "Approvazione schema di avviso pubblico per il finanziamento di asili nido comunali e di progetti pilota per asili nido aziendali presso enti pubblici". Parziale modifica articolo 3 dell'allegato A.

L'Assessore alla Solidarietà, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politica per le persone e le famiglie, confermata dalla Dirigente dello stesso Ufficio e dalla Dirigente del Settore Sistema Integrato Servizi Sociali, riferisce quanto segue.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 463 del 25 marzo 2008 è stato approvato lo schema di Avviso Pubblico per il finanziamento di asili nido comunali e di progetti pilota per asili nido aziendali presso enti pubblici, in attuazione del Piano Straordinario per gli asili nido di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 31 ottobre 2007.

Tale Schema di Avviso contempla i seguenti interventi ammissibili al finanziamento regionale:

- a) Realizzazione di nuove strutture di asili nido comunali, incluse sezioni primavera;
- b) Ristrutturazione, ampliamento e/o adeguamento di asili nido esistenti agli standard previsti nel Regolamento regionale n° 4/2007;
- c) Realizzazione o adeguamento agli standard previsti nel Regolamento regionale n° 4/2007, di altre strutture e servizi complementari per l'infanzia quali: micronidi e centri ludici per la prima infanzia;
- d) Progetti pilota per la realizzazione di strutture per l'infanzia aziendali.

Al fine di ampliare la platea dei potenziali soggetti beneficiari dei finanziamenti finalizzati a realizzare gli interventi di cui alla lettera d) ai soggetti concessionari di pubblici servizi di trasporto, postali, acqua ed energia, che possono avere un impatto positivo sui fruitori dei medesimi, si propone di apportare una parziale modifica dell'art. 3 del citato schema approvato quale Allegato A del predetto provvedimento sostituendo la lettera b) con il seguente testo:

"Amministrazioni, classificate "Organismi di diritto pubblico" secondo la definizione di cui all'art. 1, paragrafo 9, secondo comma della Direttiva 2004/18/CEE (cfr. elenco allegato III della Direttiva), nonché Amministrazioni di cu all'art. 2 comma 2 lett. B) della Direttiva 2004/17/CEE, che realizzino progetti pilota di asili aziendali presso le proprie strutture operative, con l'impegno a destinare almeno il 10% dei posti disponibili all'utenza esterna".

COPERTURA FINANZIARIA

ai sensi della L.R. n. 28/2001 e S.M.I. dal presente provvedimento non deriva onere a carico del bilancio regionale.

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

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

LA GIUNTA

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

DELIBERA

- Di prendere atto di quanto indicato in narrati-

va che qui si intende integralmente riportato;

Di approvare la seguente parziale modifica all'art. 3 dello Schema di Avviso Pubblico per il finanziamento di asili nido comunali e di progetti pilota per asili nido aziendali presso enti pubblici approvato quale Allegato A alla deliberazione di Giunta Regionale n. 463 del 25 marzo 2008:

Sostituzione della lettera b) dell'art. 3 del citato schema approvato quale Allegato A del predetto provvedimento con il seguente testo:

"Amministrazioni, classificate "Organismi di diritto pubblico" secondo la definizione di cui all'art. 1. paragrafo 9. secondo comma della Direttiva 2004/18/CEE (cfr. elenco allegalo III della Direttiva), nonché Amministrazioni di cu all'art. 2 comma 2 lett., B) della Direttiva 2004/17/CEE. che realizzino proget-

ti piloni di asili aziendali presso le proprie strutture operative, con l'impegno a destinare almeno il 10% dei posti disponibili all'utenza esterna".

- di demandare alla Dirigente del Settore Sistema integrato Servizi Sociali ogni adempimento attuativo;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA Dr. Romano Donno

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA On. Nichi Vendola





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