

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB S1/PZ

Anno XL

BARI, 4 SETTEMBRE 2009

N. 139



Sede Presidenza Giunta Regionale

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

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

Nella parte I sono pubblicati:

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

Nella parte II sono pubblicati:

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

INSERZIONI

Gli atti da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari.

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

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 50 battute (o frazione).

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

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

ABBONAMENTI

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

I versamenti effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo, mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 3° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Costo singola copia € 1,34.

Il Bollettino Ufficiale è in vendita presso:

Libreria Piazza - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;

Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1431

Convenzione tra la Regione Puglia e l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale per l'esercizio della potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile.

Pag. 18573

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1446

Atto di indirizzo per la individuazione e la elaborazione di uno strumento finanziario finalizzato al sostegno del cash-flow del Sistema Sanitario Regionale.

Pag. 18580

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1492

D.G.R. n. 35 del 27.01.2009 avente ad oggetto: “Approvazione nuovo modello organizzativo assistenziale denominato Day service e costituzione commissione tecnica per la definizione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici”. Modifiche ed integrazioni.

Pag. 18583

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1493

D. L.vo 16 ottobre 2003, n. 288. Richiesta di conferma al Ministero della Salute del carattere scientifico dell'IRCCS Istituto “S. de Bellis” di Castellana Grotte. (BA) per la disciplina di Gastroenterologia.

Pag. 18585

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1495

Disposizioni in materia farmaceutica relative all'applicazione dell'art. 13 della legge 24 giugno 2009, n. 77.

Pag. 18587

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1496

Comune di Castrignano del Capo (LE). Autorizzazione alla tumulazione privilegiata extra cimiteriale nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca di Mons. Mario Miglietta, ai sensi dell'art. 105 del D.P.R. 285/90. L.R. 30 novembre 2000, n. 21.

Pag. 18589

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1497

Linee guida per l'applicazione dell'Ordinanza del Ministero della Salute “Requisiti igienico-sanitari per il commercio dei prodotti alimentari sulle aree pubbliche”. Modifica all'allegato A della Delibera di Giunta Regionale n. 1077 del 04.07.2007.

Pag. 18592

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1498

Applicazione Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004. Allegato A, sezione 6.

Pag. 18594

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1499

Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (Art. 33 - 34 - 35 Legge n. 833/78).

Pag. 18606

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1500

Avvio Collaborazione con il Servizio Comunicazione Istituzionale per l'elaborazione di un piano di comunicazione nel corso della Pandemia Influenzale da virus A H1N1.

Pag. 18621

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
4 agosto 2009, n. 1511

Del. G.R. n. 720 del 6 maggio 2008 “Piano di attività 2008-2009 dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali”. Direttive per l'attuazione delle Linee A, B e C.

Pag. 18623

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
7 agosto 2009, n. 1552

Regolamento Regionale n. 20 del 14/10/2008 pubblicato sul B.U.R.P. n. 163 del 17/10/2008. Individuazione dei settori industriali innovativi.

Pag. 18627

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
7 agosto 2009, n. 1556

Art. 10 L. R. 30 aprile 2009, n. 11: variazioni al bilancio di previsione 2009 per complessivi euro 92.604.594,66. Regolarizzazione contabile per euro 408.692,34.

Pag. 18629

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1431

Convenzione tra la Regione Puglia e l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale per l'esercizio della potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile.

L'Assessore alle Politiche della Salute, dott. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue.

In materia di invalidità civile, l'art. 130 del D. L.vo n. 112/98 conferisce alle Regioni le funzioni di concessione dei trattamenti economici di invalidità civile; in attuazione di tale decreto, il D.P.C.M. del 26/5/00, pubblicato sulla G.U. n. 239 del 12/10/2000, prevede, con decorrenza 01/01/01, l'effettivo esercizio da parte delle Regioni a statuto ordinario di tali funzioni, individuando le relative risorse umane, finanziarie strumentali ed organizzative da trasferire alle Regioni.

La L. 23/12/00 n. 388 (legge finanziaria 2001), all'art. 80, co. 8, riserva alle Regioni la facoltà di prevedere che la potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile possa essere esercitata dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) a seguito della stipula di specifici accordi tra le Regioni medesime e l'INPS stesso.

L'Inps, infatti, già investito della erogazione dei trattamenti economici, rappresenta l'Ente in grado di garantire la gestione unitaria delle attività di istruttoria, decretazione, liquidazione ed erogazione delle provvidenze in quanto decentrato capillarmente sul territorio e dotato di idoneo apparato organizzativo adeguatamente informatizzato.

Nella Regione Puglia la materia è stata disciplinata da diversi interventi legislativi.

L'art. 52 della L.R. 31.05.2001 n. 14, al comma 2, aveva previsto l'esercizio temporaneo delle funzioni in materia di invalidi civili ai Comuni; succes-

sivamente, l'art. 23 della L.R. n. 32/2001 ha attribuito "definitivamente" tale attività ai Comuni. Con ulteriore modifica apportata dall'art. 22 della L.R. 19.02.2008 n. 1 si è provveduto alla abrogazione dell'art. 52 della L.R. n. 14/01, così come sostituito dalla L.R. n. 32/01, e si è riaffermato il principio che, sino alla stipula della convenzione Regione-Inps, le funzioni in materia di invalidi civili dovranno continuare ad essere esercitate dai Comuni, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 96/1999.

Nel corso del tempo, nel processo di concessione dei trattamenti di invalidità, si è rilevato un allungamento dell'iter procedimentale, che incide direttamente sui bisogni e sulle necessità di una fascia debole della popolazione. L'intervento di più soggetti pubblici nel procedimento amministrativo, i tempi lunghi nella definizione delle istanze, la presenza di notevole e crescente contenzioso mettono in rilievo la necessità di definire un progetto riorganizzativo dell'area interessata.

Tenuto conto dell'esperienza maturata, nonché delle esperienze condotte in altre Regioni d'Italia, la Direzione Regionale Inps ha, nel corso dell'ultimo anno, più volte sottoposto alla valutazione di questo Assessorato la possibilità di pervenire alla stipula di una convenzione con cui affidare all'Inps medesimo le funzioni e le relative modalità di attuazione, afferenti la concessione e/o la revoca delle provvidenze economiche in materia di invalidità civile.

A seguito dei numerosi solleciti ed in considerazione della facoltà che la richiamata L.388/2000 attribuisce alle Regioni, nell'ottica di una migliore operatività del sistema, si ritiene di dover dare avvio ad una Convenzione Regione Puglia-Inps allo scopo di realizzare uno snellimento dell'iter amministrativo in funzione del miglioramento della qualità della vita dei cittadini invalidi.

Con la predetta Convenzione si affidano all'Inps le funzioni, e le relative modalità di attuazione, concernenti la concessione o la revoca delle provvidenze economiche in materia di invalidità civile, si definiscono le competenze e le attività attribuite all'Inps, nonché gli adempimenti relativi alla gestione amministrativa delle stesse provvidenze economiche, andando a creare una migliore forma di collaborazione tra Istituzioni pubbliche che definisca un iter procedurale su tutto il territorio regio-

nale in grado di assicurare chiarezza e tempestività nella tutela dei diritti civili dei cittadini.

Nella stessa Convenzione si stabilisce, altresì, che per ogni pratica definita la Regione Puglia riconoscerà all'INPS un compenso pari ad euro 34,60 (art. 5 dello Schema di Convenzione, approvato con deliberazione n. 81 del Consiglio di Amministrazione Inps, in data 6 marzo 2001) che non potrà comunque comportare per la Regione stessa una spesa complessiva superiore alle risorse trasferite dallo Stato alla Regione Puglia.

Nella Convenzione è prevista, inoltre, la costituzione di un "Comitato paritetico regionale congiunto per il corretto svolgimento di azioni di monitoraggio e coordinamento", con il compito di definire la programmazione di iniziative, le forme, i tempi e le modalità dell'informazione e della comunicazione istituzionale, nonché di monitorare e valutare gli effetti derivanti dall'applicazione della presente convenzione.

Il Comitato, in quanto paritetico, sarà composto da tre componenti per ciascuna parte e presieduto, ad anni alterni, dall'Assessore regionale o suo delegato e dal Direttore regionale dell'INPS o suo delegato. Non è previsto alcun compenso o indennità a tali componenti.

Alla luce di quanto sopra esposto, si propone alla Giunta regionale di approvare la Convenzione tra la Regione Puglia e l'Inps, di cui allo schema allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, e di autorizzare l'Assessore alle Politiche della Salute alla sottoscrizione della medesima, nonché alla costituzione di un Comitato paritetico regionale congiunto per il corretto svolgimento di azioni di monitoraggio e coordinamento.

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

Il presente provvedimento comporta una spesa di euro 738.739,05, finanziata con i fondi accreditati dal Ministero della Salute, ed iscritta sul cap. di spesa 711031 - U.P.B. 5.7.1 del Bilancio di previsione per l'Esercizio Finanziario 2009, a cui è correlato il capitolo di entrata 2037006.

Si attesta, altresì, che la predetta spesa rientra nei limiti delle quote di FSR, ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata ed è escluso, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 4.5.1999,

n. 17, così come modificato dall'art. 13 della L.R. 13 dicembre 1999, n. 32, ogni onere aggiuntiva.

Al relativo impegno dovrà provvedere il Dirigente ATP con atto dirigenziale

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Territoriale e Prevenzione
Dott Fulvio Longo

Il presente provvedimento rientra nelle specifiche competenze della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4, lettera d) della L.R. 7/97.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute,
- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione e dal Direttore di Area,
- a voti unanimi espressi nei modi di legge,

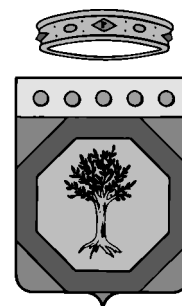
DELIBERA

- di approvare, per quanto espresso in narrativa, lo schema di convenzione tra la Regione Puglia e l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), allegato al presente atto e parte integrante dello stesso, per l'esercizio della potestà di concessione dei trattamenti economici in favore degli invalidi civili, autorizzando l'Assessore alle Politiche della Salute a sottoscriverlo;
- di istituire il "Comitato paritetico regionale congiunto per il corretto svolgimento di azioni di monitoraggio e coordinamento", composto da tre componenti per ciascuna parte;
- di stabilire che tale Comitato sarà presieduto, ad anni alterni, dall'Assessore regionale o suo delegato e dal Direttore regionale dell'INPS o suo delegato;

- di stabilire che nessun beneficio economico, a qualsiasi titolo, è dovuto ai componenti del Comitato medesimo;
- di stabilire che la convenzione entra in vigore, per la gestione della fase transitoria, dal momento della sottoscrizione della stessa da parte di entrambi i soggetti contraenti e, per l'effettivo esercizio delle funzioni di concessione delle provvidenze, dal 1.01.2010;
- di notificare il presente provvedimento, a cura del servizio ATP a:
 - Direttore Regionale INPS Puglia
 - Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali
 - all'ANCI Regionale, nella persona del presidente pro-tempore, con invito a diffondere opportuna informativa ai Comuni;
- di provvedere che, ai sensi dell'art. 6 L.R. 13/1994, il presente provvedimento venga pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



**CONVENZIONE TRA LA REGIONE PUGLIA E L'ISTITUTO NAZIONALE DELLA
PREVIDENZA SOCIALE PER L'ESERCIZIO DELLA POTESTA' CONCESSIVA DEI
TRATTAMENTI DI INVALIDITA' CIVILE**

L'anno 2009 il giorno del mese di in Bari

TRA

l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, con sede in Bari, in seguito denominato INPS, nella persona del Direttore Regionale per la Puglia, Dott. Luigi Amato, domiciliato in Bari - Via Putignani n. 108

E

la Regione Puglia, nella persona dell'Assessore regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, domiciliato per la carica in Bari alla Via Caduti di tutte le Guerre, 15

PREMESSO

che ai sensi dell'art. 130, co. 2, del D. Lvo 31/3/98 n. 112, sono conferite alle Regioni le funzioni di concessione dei trattamenti economici in favore degli invalidi civili;

che in base al medesimo art. 130 a decorrere dal 3/9/98, la funzione di erogazione di pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili è stata trasferita ad un apposito Fondo di gestione istituito presso l'INPS;

che, con le disposizioni di cui agli art1. 1 e 2 del D.P.C.M. del 26/5/00 pubblicato sulla G.U.n. 239 del 12/10/00, è previsto, con decorrenza 01/01/01, l'esercizio da parte delle Regioni a statuto ordinario, delle funzioni di concessione dei trattamenti economici di invalidità civile, già conferite ai sensi dell'art. 130 del citato D. Lvo n. 112/98; nello stesso decreto vengono individuate le relative risorse finanziarie, strumentali organizzative ed umane da trasferire alle Regioni;

che in data 6/12/00, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito tra l'altro, l'accordo quadro tra Regioni e INPS, pubblicato sulla G. U. n. 15 del 19/01/01;

RILEVATO

che la L. 23/12/2000 n. 388 (legge finanziaria 2001), all'art. 80, co. 8, riserva alle Regioni la facoltà di prevedere che la potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile possa essere esercitata dall'INPS a seguito della stipula di specifici accordi tra le Regioni medesime e l'INPS stesso disciplinando anche i rapporti conseguenti all'eventuale estensione della potestà concessiva ai benefici aggiuntivi disposti dalle Regioni con risorse proprie;

che la Regione Puglia con l'art. 22 della L.R. n. 1/2008 ha abrogato l'art. 52 della L.R. n. 14/01, così come sostituito dalla L.R. n. 32/01, riaffermando che, sino alla stipula della convenzione Regione-Inps le funzioni in materia di invalidi civili continuano ad essere esercitate dai Comuni, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs. 96/1999;

che è stato individuato nell'INPS, già investito della erogazione dei trattamenti economici, l'Ente in grado di garantire la gestione unitaria delle attività di istruttoria, liquidazione, decretazione ed erogazione delle provvidenze in quanto decentrato capillarmente sul territorio e dotato di idoneo apparato organizzativo adeguatamente informatizzato;

che, ferma restando la competenza delle ASL in merito all'accertamento dei requisiti sanitari, l'intero processo produttivo viene affidato all'INPS e svolto con proprie procedure informatiche, nel rispetto dei protocolli di sicurezza stabiliti e garantiti dall'Istituto medesimo;

che con Legge 248 del 2/12/05 e successivo D.P.C.M. l'esercizio della funzione delle Commissioni Mediche di Verifiche è stata assunta dall'INPS a decorrere dal 1 aprile 2007, data in cui la soggettività giuridica e la legittimazione passiva nei giudizi di specie spetta all'INPS.

Tutto ciò premesso tra le parti, come sopra rappresentate,

SI CONVIENE E SI STIPULA

Art. 1

Oggetto della convenzione

La presente convenzione disciplina l'affidamento all'INPS e le relative modalità di attuazione, delle attività afferenti la concessione o la revoca delle provvidenze economiche in materia di invalidità civile.

Art. 2

Definizione delle competenze

A decorrere dal 1 gennaio 2010, l'INPS eserciterà le funzioni di concessione delle provvidenze di invalidità civile e curerà l'esecuzione dell'intero iter amministrativo, garantendo condizioni di massima trasparenza e agilità procedurale anche attraverso una riprogettazione della modulistica cartacea da concordarsi con gli enti interessati.

Le Commissioni sanitarie presso le A.S.L., nel caso in cui accertino la sussistenza del requisito sanitario per invalidità civile nelle percentuali previste dalla legge per il diritto ad un trattamento economico, trasmetteranno, ove possibile anche in via telematica, i verbali di visita medica alle Commissioni Mediche di Verifica presso l'INPS per i dovuti controlli e successivamente copia dei medesimi agli interessati. La trasmissione dei dati personali afferenti i benefici avverrà sulla base di tracciati-record concordati tra A.S.L. e INPS, nel rispetto della normativa prevista dal D. L.vo 196 del 30/6/2003. Qualsiasi variazione del procedure o del software dovrà preventivamente essere concordata tra le parti.

Art. 3
Attività svolta dall' INPS

L'attività istruttoria svolta dall' INPS avrà per oggetto la definizione amministrativa delle pratiche interessate alla concessione dei trattamenti economici di invalidità civile accolte sanitarimente, nonché quelle accolte giurisdizionalmente, considerato che, a decorrere dal 1 aprile 2007, nei ricorsi giurisdizionali, ancorché relativi ad atti e provvedimenti emanati anteriormente a tale data, la legittimazione passiva nei giudizi di specie spetta all'INPS, come stabilito dall'art. 5, comma 4, del D.P.C.M. del 30 marzo 2007.

L'attività svolta dall'INPS riguarderà anche le modifiche o le revoche dei trattamenti in corso.

Gli adempimenti istruttori finalizzati all'accertamento dei requisiti amministrativi si concluderanno con l'emissione di un provvedimento di concessione (o di revoca), firmato dal competente funzionario amministrativo INPS responsabile del provvedimento.

Art. 4
Controlli amministrativi

L'INPS provvede a tutti gli adempimenti relativi alla gestione amministrativa delle provvidenze economiche, compresi i previsti controlli finalizzati ad accertare la permanenza delle condizioni che danno diritto al godimento dei benefici (requisiti reddituali, di frequenza scolastica, stato di ricovero in strutture pubbliche, svolgimento di attività lavorativa, etc.) ed attua verifiche sulle dichiarazioni di responsabilità che gli assistiti sono tenuti a presentare a tal fine.

Nei casi di accertata insussistenza dei requisiti prescritti l'INPS predispone un provvedimento di revoca dei benefici a decorrere dalla data dell' accertamento curando ne la tempestiva trasmissione all' interessato.

Art. 5
Remunerazione dei servizi

Per le attività di cui alla presente convenzione, la Regione riconosce all'INPS un compenso pari a € 34,60 per ogni pratica definita (prima liquidazione, ricostituzione o revoca).

La remunerazione del servizio nella misura indicata non può comunque comportare per la Regione Puglia una spesa complessiva superiore alle risorse trasferite dallo Stato alla Regione medesima per le funzioni di cui trattasi. Prima della scadenza annuale della convenzione, la Regione Puglia comunicherà alla Direzione regionale dell'INPS l'importo delle risorse disponibili per effetto dei predetti trasferimenti. La misura del compenso viene determinata prendendo a riferimento il costo di una pratica di pensione sociale, calcolato in base ai criteri del sistema della contabilità industriale e depurato della fase relativa alla funzione di erogazione che l'INPS svolge per legge.

La corresponsione dei predetti compensi è effettuata in unica soluzione al termine di ciascun anno di validità della convenzione previa presentazione di apposita fattura contabile, che sarà accompagnata dalla scheda di rilevazione dati, predisposta dal Comitato Paritetico Regionale previsto all'art. 6.

La misura del compenso è sottoposta a revisione annuale sulla base delle variazioni intervenute negli elementi di costo. La revisione dei compensi è stabilita con apposito atto integrativo della presente convenzione con effetto dall'inizio dell'anno successivo a quello cui si riferisce la verifica dei costi.

Art. 6
Comitato paritetico regionale

Viene costituito un "Comitato paritetico regionale congiunto per il corretto svolgimento di azioni di monitoraggio e coordinamento", in prosieguo denominato Comitato, costituito da n. tre componenti per ciascuna parte e presieduto ad anni alterni dall'Assessore regionale o suo delegato e dal Direttore regionale dell'INPS o suo delegato.

Nel primo anno di decorrenza della presente convenzione, la presidenza toccherà all'Assessore regionale o suo delegato.

Il Comitato si riunisce su convocazione del Presidente almeno una volta ogni tre mesi e comunque ogni volta che se ne ravvisi la necessità.

La partecipazione al Comitato non dà luogo ad alcun compenso.

Le parti designeranno i nominativi dei componenti del Comitato entro trenta giorni dalla sottoscrizione della convenzione.

Art. 7
Obiettivi del Comitato paritetico regionale

Sono obiettivi del Comitato:

- la programmazione di iniziative, informazione e comunicazione istituzionale;
- il monitoraggio (rilevazione periodica dei dati sull'andamento delle domande e concessione dei benefici) e la valutazione degli effetti derivanti dall'applicazione della presente convenzione.

Art. 8
Ambito di applicazione e durata

La presente convenzione investe la Regione Puglia e tutte le strutture territoriali dell'INPS ubicate nella Regione Puglia.

La medesima ha validità biennale, ovvero fino all'emanazione di eventuali accordi o disposizioni legislative difformi dal contenuto del presente atto e, alla scadenza, potrà essere rinnovata anche per periodi di diversa durata.

Art. 9
Entrata in vigore

La convenzione entra in vigore per la gestione della fase transitoria dal momento della sottoscrizione della presente da parte di entrambi i soggetti contraenti e, per l'effettivo esercizio delle funzioni di concessione delle provvidenze, dal 1.01.2010.

IL DIRETTORE REGIONALE INPS

L'ASSESSORE REGIONALE
ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1446

Atto di indirizzo per la individuazione e la elaborazione di uno strumento finanziario finalizzato al sostegno del cash-flow del Sistema Sanitario Regionale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Direttore dell'Area per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

A seguito delle chiusure di fine esercizio dei conti economici delle ASL, AO e IRCCS pubblici viene elaborato un conto economico dell'intero sistema sanitario pugliese consolidato che è oggetto di un tavolo annuale di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, presieduto dal Ministero dell'Economia e Finanze.

In questa sede vengono operate delle rettifiche positive o negative a seconda dei criteri che il tavolo utilizza. Essenzialmente le rettifiche riguardano l'inserimento del saldo della Mobilità aggiornato e l'elisione di costi già dal Ministero incassati e/o costi (ammortamenti e svalutazioni) che non hanno una manifestazione finanziaria.

Al risultato (deficit) effettivo rettificato, generalmente minore dell'economico, il Ministero chiede immediatamente il Ripiano alla Regione.

Al suddetto Tavolo di Verifica la Regione Puglia ha sempre garantito la copertura del risultato economico (deficit) rideterminato mentre, già da prima del 2004, si sono accumulati mancati ripiani delle differenze.

Considerato che il Fondo Sanitario è nel complesso sotto finanziato a livello nazionale e la Puglia ha una quota capitaria regionale notevolmente al di sotto della media nazionale.

Considerato che il meccanismo di erogazione delle risorse destinate alle Regioni non ha talvolta garantito la regolarità dei flussi ed ha, pertanto, causato una sofferenza finanziaria che, di fatto, ha penalizzato i fornitori del SSR;

Considerato che sulla base del prospetto allegato "A" (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento), sull'andamento dei risultati economici ripianati e sulla base della richiesta di deroga al vincolo apposto dalla norma 133/2008 sulle tesorerie delle singole aziende (prot. n. 01/1265/GAB del 6.2.2009) risulta che il fabbisogno finanziario al netto delle somme sbloccate ammontava al 31.12.2008, a circa 1.000 milioni di euro;

Considerata la necessità di dare un "sostegno" alle piccole medie imprese fornitrici del sistema sanitario, in considerazione dell'attuale situazione del mercato del credito e, in generale, della marcata crisi economica in atto, anche garantendo ai fornitori la certezza del pagamento delle prestazioni entro una data prestabilita;

Considerato che il rischio connesso con il degenerare della situazione è che si comprometta l'erogazione di adeguati livelli assistenziali, ad esempio a seguito di azioni di protesta delle categorie interessate, eventuale interruzione delle forniture di beni sanitari e non sanitari, nonché dei servizi, aumenti dei prezzi delle forniture, procedimenti legali, contenzioso e pignoramenti, incrementi per interessi di mora, ecc.

Considerati gli attuali ritardi nei pagamenti da parte delle ASL, mediamente superiori a 365 giorni, relativi ad un fabbisogno di cassa netto pari ad un ammontare complessivo al 31.12.2008 di circa 1.000 milioni di euro, risulta necessario ed impellente immettere nel sistema una quantità di risorse finanziarie atte ad alleggerire le debitorie delle aziende.

Considerato che attraverso la preventiva netting di quote delle assegnazioni regionali del FSR operate attraverso il DIEF annuale, integrate con risparmi del bilancio autonomo regionale, si dovrà attuare una operazione di "risparmio obbligato" ed allo stesso tempo programmato e programmabile per garantire l'equilibrio economico annuale.

Considerato che, alla luce dell'imminenza valutazione dei PAL aziendali, l'obiettivo prioritario di

ridurre i costi del sistema, al fine di chiudere in pareggio le gestioni annuali e generare liquidità da destinare al pagamento dei debiti pregressi non è attuabile nel breve periodo, a causa della rigidità e della dinamica crescente delle spese, del mancato incremento del fondo sanitario regionale e della dinamica crescente degli oneri per il personale.

Verificata l'esperienza di altre regioni italiane, volta ad attenuare le temporanee difficoltà finanziarie che affliggono le ASL, instaurando con alcune grandi categorie di fornitori del SSR accordi di factoring e/o revolving factoring e/o rolling factoring.

Considerato che l'operazione da proporre non costituisce "consolidamento finanziario", ma semplice dilazione di pagamento dei debiti entro i 12 mesi, così come previsto dall'articolo 1, comma 739, della legge Finanziaria per l'anno 2008;

Considerato che con successivo atto la Regione dovrà definire le linee guida per l'operazione finanziaria e dovrà emettere bando pubblico per la ricerca di investitori interessati alla suddetta operazione finanziaria;

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla l.r. 28/01 e 17/99 e s.m.i.

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

Il presente provvedimento appartiene alla sfera delle competenze della Giu, Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4° lettera a) della L.R. 7/97.

Il Direttore di Area
Dott. Nicola Messina

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

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore proponente;
- Vista la sottoscrizione poste in calce al presente schema di provvedimento dal Direttore di Area;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare quanto indicato in narrativa che qui si intende interamente riportato;
2. di dare mandato all'Assessorato alle Politiche della salute e Assessorato al Bilancio e Programmazione, anche ricorrendo ad Advisor da ricercare ad hoc, di studiare, elaborare e implementare l'operazione finanziaria suddetta al fine di presentare nel dettaglio e con valori di riferimento aggiornati "il prodotto finanziario" per la predisposizione del relativo bando di gara;
3. di notificare il presente provvedimento agli Enti interessati a cura dell'Area proponente;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7, della L.R. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

RAFFRONTO CONTI ECONOMICI 2004-2008

	Esercizio 2004 Euro/000	Esercizio 2005 Euro/000	Esercizio 2006 Euro/000	Esercizio 2007 bilancio Euro/000	Esercizio 2008 Consuntivo Euro/000
Totale valore della produzione	5.640.433	6.009.933	6.446.727 *	6.805.270 ***	7.092.523
Totale costi della produzione	-5.647.256	-6.150.972	-6.527.769	-6.923.383	-7.129.295
Risultato economico gestione caratteristica	-6.823	-141.039	-81.042	-118.113	-36.772
Totale proventi ed oneri finanziari	-4.005	-7.051	-9.595	-12.992	-25.039
Totale imposte e tasse	-125.168	-133.260	-143.615	-145.943	-153.608
Risultato economico al netto della gestione straordinaria	-135.996	-281.350	-234.252	-277.048	-215.419
Totale proventi ed oneri straordinari	26.573	-67.827	58.519	-74.010	-213.104
Perdita di esercizio	-109.423	-349.177	-175.733	-351.058	-428.523

(*) = comprensivo obiettivi di piano (95 mln euro)

(***) = comprensivo obiettivi di piano (17 mln euro)

(****) = comprensivo obiettivi di piano 2008 e parte residui 2004-2005-2007

Risultato esercizi 2004-2008 rideterminati con i criteri del tavolo ministeriale di verifica

	Esercizio 2004 Euro/000	Esercizio 2005 Euro/000	Esercizio 2006 Euro/000	Esercizio 2007 bilancio Euro/000	Esercizio 2008 Euro/000
<i>Perdita di esercizio da conto economico consolidato</i>	-109.423	-349.177	-175.733	-351.058	-428.523
rettifiche per aggiornamento saldo mobilità extra-regionale	30.961		-69.546	43.859	35.962
rettifica sopravvenienza passiva per elisione mobilità extraregionale					128.473
rettifica sopravvenienza attiva per elisione mobilità extraregionale				-1.059	0
maggiori ricavi per finanziamenti vincolati	45.009	8.751	5.151	4.743	0
riduzione costi per elisione ammortamenti al netto costi capitalizzati	16.130	31.346	29.317	33.070	38.165
riduzione costi per svalutazione crediti					6.329
Risultato di esercizio rettificato	-17.323	-309.080	-210.811	-270.445	-219.594
Fonti di finanziamento a copertura perdita rideterminata					
Avanzo/disavanzo esercizi pregressi rideterminati con criteri tavolo stima manovra finanziaria	38.493	21.170	9.034	180.000	-41.176
Maggiori entrate manovra finanziaria (anno 2007) rispetto ai 180.000 previsti					220.515
utilizzo utili esercizio ARES			2.000		45.041
utilizzo disponibilità finanziarie per ripiani disavanzi pregressi (legge finanziaria 2005)		131.173			
utilizzo disponibilità finanziarie per ripiani disavanzi pregressi (legge finanziaria 2006)		117.771			
risorse bilancio autonomo regionale		48.000	181.982		
utilizzo avanzo amministrazione consuntivo regionale 2007				49.269	
quota parte dei 550 milioni ex art. 2 decreto 16/11/2005			17.795		
	21.170	9.034	0	-41.176	4.786

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1492

D.G.R. n. 35 del 27.01.2009 avente ad oggetto: “Approvazione nuovo modello organizzativo assistenziale denominato Day service e costituzione commissione tecnica per la definizione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici”. Modifiche ed Integrazioni.

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 Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

- Con DGR n.35 del 27.01.2009 è stato approvato il nuovo modello organizzativo assistenziale, intermedio tra il livello assistenziale ospedaliero e quello ambulatoriale, denominato “Day service”;
- Con lo stesso provvedimento è stata, altresì costituita la commissione tecnica che deve definire i percorsi diagnostico-terapeutici che possono essere erogati nell'ambito dei modelli di assistenza previsti dalla l.r. n. 23/2008 “Piano Regionale di Salute 2008-2010”;
- Il Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale, nella seduta del 22.4.2009, ha segnalato l'opportunità di prevedere la possibilità della prescrizione dell'accesso al Day service anche da parte del Medico di medicina di base e di integrare la commissione tecnica nominata con la citata DGR n. 35/2009 che deve definire i percorsi diagnostico-terapeutici con un rappresentante nominato dallo stesso Comitato.
- Si ritiene, inoltre, di dover proporre ulteriori modifiche al testo della citata DGR n. 35/2009 così come di seguito indicato:
 - a) il 3° capoverso della pag.3 della parte narrativa della DGR in parola (da: “Poiché il Day service...” a: “... della struttura erogatrice”) deve essere modificato in:
 - *Poiché il Day service prevede la possibilità di avvalersi, in tempi brevi, della consulenza di tutti i servizi presenti in ospedale o nel*

poliambulatorio territoriale, è necessario realizzare relazioni strutturate con i servizi di diagnosi e gli specialisti presenti nella struttura, in modo da assicurare la presa in carico dell'utente per tutta la durata del percorso sia per la parte assistenziale che per quella gestionale riguardante l'accettazione, le prenotazioni, il calcolo dell'eventuale ticket dovuto e la rilevazione dei dati anagrafici e clinici. Le incombenze delle prenotazioni non sono a carico dell'utente ma della struttura erogatrice.

- b) il 6° capoverso della pag.3 della parte narrativa della DGR in parola (da: “L'accesso al Day service...” a: “... di tre accessi”) deve essere modificato in:
 - *Le modalità di prescrizione e l'accesso al Day service sono demandate alla commissione tecnica costituita con il presente provvedimento.*
 - In ambito della Direzione Sanitaria del presidio è identificato un ufficio a staff del Responsabile della modalità organizzativa, coordinamento e verifica di tutte le attività organizzate in Day service nell'ambito della Aziende sanitarie.*
- c) il 7° capoverso della pag. 3 della parte narrativa della DGR in parola (da: “Alla struttura di Day service...” a: “... ed amministrative necessarie”) deve essere modificato come di seguito si riporta:
 - *L'organizzazione del Day service compete alle singole unità operative che provvedono alla registrazione delle prenotazioni ed alla programmazione di tutte le attività assistenziali, logistiche ed amministrative necessarie.*
 - Alla struttura di Day service non si accede mediante il Centro Unificato di Prenotazione.*
- d) il 3° capoverso della pag. 4 della parte narrativa della DGR in parola (da: “Occorre individuare...” a: “... di presa in carico”) deve essere modificato in:
 - *Occorre individuare la commissione tecnica che, in collaborazione con le Società Scientifiche regionali e i Collegi di Specialità regionali, deve definire le modalità di prescrizione e di accesso, i percorsi diagno-*

stico-terapeutici e le relative tariffe che possono essere erogati nell'ambito dei modelli di assistenza previsti dalla l.r. n. 23/2008 "Piano Regionale di Salute 2008-2010":

Day hospital;

Day surgery;

Chirurgia ambulatoriale;

Pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse;

Day service;

Care service Pathways (Servizio di presa in carico).

- Si ritiene, altresì, opportuno integrare la citata commissione tecnica regionale, oltre che con un rappresentante nominato dal Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale, anche con le Associazioni scientifiche regionali interessate in base al percorso da trattare.

“COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n. 28/2001 e S.M. e I.”

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

Il Dirigente di 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 Servizio;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- Di modificare ed integrare la deliberazione di Giunta regionale n. 35 del 27.01.2009 avente ad oggetto:

“Approvazione nuovo modello organizzativo assistenziale denominato Day service e costituzione commissione tecnica per la definizione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici”, anche tenuto conto della segnalazione effettuata dal Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale nella seduta del 22.4.2009, così come di seguito indicato:

- a) il 3° capoverso della pag. 3 della parte narrativa della DGR (da: *“Poiché il Day service...”* a: *“...della struttura erogatrice”*) viene così modificato:

- Poiché il Day service prevede la possibilità di avvalersi, in tempi brevi, della consulenza di tutti i servizi presenti in ospedale o nel poliambulatorio territoriale, è necessario realizzare relazioni strutturate con i servizi di diagnosi e gli specialisti presenti nella struttura, in modo da assicurare la presa in carico dell'utente per tutta la durata del percorso sia per la parte assistenziale che per quella gestionale riguardante l'accettazione, le prenotazioni, il calcolo dell'eventuale ticket dovuto e la rilevazione dei dati anagrafici e clinici. Le incombenze delle prenotazioni non sono a carico dell'utente ma della struttura erogatrice.

- b) il 6° capoverso della pag. 3 della parte narrativa della DGR in parola (da: *“L'accesso al Day service...”* a: *“... di tre accessi”*) viene così modificato:

- Le modalità di prescrizione e l'accesso al Day service sono demandate alla commissione tecnica costituita con il presente provvedimento.

In ambito di Direzione Sanitaria del presidio sanitario è identificato un ufficio a staff del Responsabile della modalità organizzativa, coordinamento e verifica di tutte le attività organizzate in Day service nell'ambito della Aziende sanitarie.

- c) il 7° capoverso della pag. 3 della parte narrativa della DGR in parola (da: *“Alla struttura*

di Day service...” a: “... ed amministrative necessarie”) viene così modificato:

- *L'organizzazione del Day service compete alle singole unità operative che provvedono alla registrazione delle prenotazioni e a programmare tutte le attività assistenziali, logistiche ed amministrative necessarie.*
Alla struttura di Day service non si accede mediante il Centro Unificato di Prenotazione.

e) il 3° capoverso della pag. 4 della parte narrativa della DGR in parola (da: “Occorre individuare...” a: “... di presa in carico”) viene così modificato:

- *Occorre individuare la commissione tecnica che, in collaborazione con le Società e le Associazioni Scientifiche regionali, deve definire le modalità di prescrizione e di accesso, i percorsi diagnostico-terapeutici e le relative tariffe che possono essere erogati nell'ambito dei modelli di assistenza previsti dalla l.r. n. 23/2008 “Piano Regionale di Salute 2008-2010”:*

Day hospital;

Day surgery;

Chirurgia ambulatoriale;

Pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse;

Day service;

Care service Pathways (Servizio di presa in carico).

- Di integrare, altresì, la citata commissione tecnica regionale con un rappresentante nominato dal Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale nonché con le Associazioni scientifiche regionali interessate in base al percorso da trattare;
- Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1493

D. L.vo 16 ottobre 2003, n. 288. Richiesta di conferma al Ministero della Salute del carattere scientifico dell'IRCCS Istituto “S. de Bellis” di Castellana Grotte. (BA) per la disciplina di Gastroenterologia.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 3 e confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

L'IRCCS “S. De Bellis” di Castellana Grotte, con il Piano regionale della Salute 2008-2010, approvato con L.R. n° 23 del 19 settembre 2008, è stato considerato, per le neoplasie di pertinenza gastroenterologica, Unità di Coordinamento della Rete in collaborazione con la Consulta Oncologica Regionale Permanente per perseguire gli obiettivi, a livello regionale, di ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente.

Con Decreto Ministeriale del 27 febbraio 2006, il Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Puglia ha confermato, per un periodo di tre anni, il riconoscimento del carattere scientifico di diritto pubblico, non trasformato in fondazione, dell'Istituto “Saverio De Bellis” di Castellana Grotte (BA) per la disciplina di “Gastroenterologia”.

Essendo scaduti i termini imposti per tre anni con il D.M. citato, l'Istituto S. De Bellis ha trasmesso al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e all'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, in ottemperanza a quanto richiesto dall'art. 13, co. 3 del D. L.vo 288/2003, copia conforme della Deliberazione del Direttore Generale dell'Ente n° 300 del 9/06/2009 avente ad oggetto: Richiesta di carattere scientifico dell'IRCCS De Bellis ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15 del D. L.vo n° 288 del 16/10/2003.

Per un migliore e più spedito andamento del procedimento istruttorio finalizzato alla formulazione del parere richiesto, l'Istituto in trattazione, unitamente alla deliberazione n° 300/2009 ha inviato la documentazione necessaria a detto riconoscimento, in particolare: la relazione di richiesta di parere ex

artt. 13-15 del D. L.vo 288/2003 contenente i riferimenti legislativi; le Unità Operative; i Servizi attivi; i Dati delle attività; le attrezzature; la Ricerca, i bilanci e i conti economici dell'IRCCS.

Con DGR n° 1429 del 30/09/2002, all'Istituto De Bellis, è stato definito il nuovo assetto delle Unità Operative e della dotazione organica come segue:

• U.O. Chirurgia Generale	p.l.	35
• U.O. Ginecologia e Ostetricia	p.l.	10
• U.O. Gastroenterologia	p.l.	60
• U.O. Anestesia e Rianimazione	p.l.	8
	p.l.	113

Oltre alle U.O. suesposte, all'Istituto sono state previste le seguenti Unità Operative senza posti letto: Direzione Medica di P.O.; Anestesia e Rianimazione; Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza; Patologia Clinica; Radiodiagnostica; Farmacia Ospedaliera; Anatomia Patologica e Psicologia.

Successivamente la Giunta Regionale, con proprio atto n° 123 del 15/02/2007, ha autorizzato, ai sensi dell'art. 11, co. 1, della l.r. n° 26 del 18/08/2006, l'attivazione dell'U.O. complessa di Ostetricia e Ginecologia presso lo stabilimento ospedaliero di Conversano sulla base del piano di fattibilità presentato dalla ex Azienda USL BA/5 con il provvedimento n° 1671 del 22/12/2006 e la contestuale soppressione della omologa Unità dell'IRCCS "S. de Bellis" di Castellana Grotte che, con DG n° 280 del 28/09/2007, ne dispose la cessazione a far data dal 30 settembre 2007.

E' di tutta evidenza, comunque, che la Regione, con il recente Piano regionale della Salute 2008-2010 approvato con L.R. n° 23 del 19/09/2008 predisporrà, per l'Istituto in discorso, un nuovo assetto delle Unità Operative.

Pertanto, i n° 103 p.l. escludendo i 10 p.l. di Ginecologia e Ostetricia, a regime ordinario autorizzati all'IRCCS "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte sono ricompresi nello standard dei posti letto (4,5% per mille abitanti) fissato dal Piano della Salute menzionato, pubblicato sul BURP n° 150 del 26/09/2008.

Circa poi l'attività ambulatoriale e/o diagnostica soggetta a conferma, si rappresenta che l'Istituto, come da nota prot. n° P/1513 del 29/06/2009,

effettua l'attività ambulatoriale infraregionale e extraregionale per le seguenti branche specialistiche:

- Chirurgia generale
 - Indirizzo Gastroenterologico
 - Indirizzo Colonrettale, Bariatrico e Proctologico
- Gastroenterologia
 - Indirizzo Epatico e Oncologico
 - Malattie del Tubo Digerente (Endoscopia)
- Rianimazione e Terapia intensiva (Terapia del Dolore - Insufficienza Respiratoria Sistemica)
- Anatomia e Istologia Patologica
- Laboratorio di Patologia Clinica
- Diagnostica per Immagini (Rx tradizionale - Ecografia - TAC - RMN)
- Cardiologia
- Laboratorio di Biochimica
- Laboratorio di Genetica
- Laboratorio di Immunopatologia
- Psicodiagnostica e Psicoterapia
- Dietetica e Disturbi dell'Alimentazione

Pertanto, per quanto sopra argomentato, si propone alla Giunta Regionale, così come previsto dall'art.14 del D. L.vo 288/2003, di confermare il parere già espresso con D.M. 27 febbraio 2006 relativamente al permanere della coerenza del riconoscimento dell'IRCCS "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte (BA) per la disciplina gastroenterologia con la programmazione sanitaria della Regione Puglia e sulla compatibilità finanziaria nei limiti dei tetti di spesa assegnati all'Istituto annualmente con il Documento di Indirizzo Economico e Finanziario del SSR.

COPERTURA FINANZIARIA

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

Il Dirigente del Servizio
Silvia Papini

il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera) 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 Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate, di confermare il parere favorevole, già espresso con D.M. 27 febbraio 2006, così come previsto dall'art. 14 del D. L.vo 288/2003, in merito ai permanere della coerenza del riconoscimento dell'IRCCS "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte (BA) per la disciplina gastroenterologia con la programmazione sanitaria della Regione Puglia e alla compatibilità finanziaria nei limiti dei tetti di spesa assegnati all'Istituto annualmente con il Documento di Indirizzo Economico e Finanziario del SSR;
- di dare mandato al Dirigente del Servizio Assi-

stenza Ospedaliera e Specialistica di trasmettere il presente provvedimento al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Direzione Generale Ricerca Scientifica;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel BURP ai sensi della l.r. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1495
Disposizioni in materia farmaceutica relative all'applicazione dell'art. 13 della legge 24 giugno 2009, n. 77.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata, dalla P.O. Assistenza Farmaceutica, confermata dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Il decreto legge n. 32/2009 convertito con la legge n. 77/2009, pubblicato sul Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 147 del 27 giugno 2009 - Serie generale, recante "interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile" all'art. 13 punto i, lett. a), ha previsto una trattenuta, a titolo di recupero del valore degli extra sconti praticati dalle aziende farmaceutiche nel corso dell'anno 2008, una quota pari all'1,4% calcolata sull'importo lordo riferito a farmaci, compreso l'ossigeno e galenici erogati in regime convenzionale di cui al DPR 371/98.

Il penultimo capoverso, lettera a), punto i del succitato articolo 13, dispone che tale recupero dovrà essere effettuato nell'anno 2009 in due rate annuali e che detta trattenuta non si applica alle farmacie rurali con fatturato annuo in regime di SSN, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, inferiore a euro 258.228,45 e, che le regioni e province autonome di Trento e Bolzano adottano le necessarie

disposizioni alle modalità di recupero di dette somme.

In merito alle modalità di attuazione della legge in parola, la Federazione nazionale unitaria dei titolari di farmacia italiani, con nota dell'8 luglio 2009, ha fatto presente, tra l'altro, che a suo avviso la base imponibile su cui applicare la trattenuta va calcolata al netto dell'IVA, posizione assunta già in precedenza dalla Federfarma Puglia e provinciali nell'incontro svoltosi presso questo Assessorato in data 03 luglio c.a.

Tale interpretazione non è stata condivisa da gran parte delle regioni nelle riunioni che si sono svolte presso la sede della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, non ultimo l'incontro del 9 luglio 2009, dove si è stabilito che l'1,4% deve essere calcolato sulla spesa lorda prezzo di fustello, IVA compresa. Va da sé, che se dovessero essere assunte da parte del Ministero competente interpretazioni difformi, sarà cura di questo Assessorato adeguare le proprie determinazioni alla posizione di quest'ultimo.

Questo anche in considerazione del conguaglio che dovrà essere effettuato entro il mese di aprile 2010.

Pertanto, in conseguenza dell'applicazione delle norme emanate con la L. 77/09, le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a detrarre dall'importo di loro spettanza, a carico del SSR, derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativa al mese di ottobre 2009, una quota pari al 1,4% del valore derivante dalla somma della spesa lorda per medicinali erogati, riportata nella Distinta Contabile Riepilogativa presentata alla Azienda USL nei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto, settembre ed ottobre dell'anno 2009;

Relativamente al secondo semestre (novembre 2009 aprile 2010), le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a detrarre dall'importo di loro spettanza a carico del SSR, derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativo al mese di dicembre 2009, una quota pari a quella riportata nella Distinta Contabile Riepilogativa del mese di ottobre 2009 di cui al precedente punto.

Inoltre, le stesse sono tenute a rideterminare, in aumento o in diminuzione, l'importo di loro spet-

tanza a carico del SSR derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativo al mese di aprile 2010 di una quota pari al 1,4% del valore derivante dalla somma della spesa lorda per medicinali erogati, riportato nella Distinta contabile riepilogativa presentata alla ASL di appartenenza relativa ai mesi da maggio 2009 ad aprile 2010 compresi a cui devono detrarre l'importo delle quote già recuperate di cui ai precedenti punti.

Sono escluse dall'applicazione di dette norme le farmacie rurali che nell'anno 2008 hanno fatturato annualmente in regime di SSN, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, meno di euro 258.228,45, le farmacie rurali convenzionate che intendono avvalersi di detto beneficio, devono produrre, all'atto della consegna alla ASL della Distinta Contabile Riepilogativa del mese di ottobre 2009, autocertificazione attestante il possesso del requisito per l'esonero.

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla l.r. n. 28/01 e 17/99 e successive modificazioni ed integrazioni.

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

Il Dirigente del Servizio
Dr. 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 dell'Assessore proponente;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dalla

Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

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

Di disporre che:

1. le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a detrarre l'importo di loro spettanza, a carico del SSR, derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativa al mese di ottobre 2009, di una quota pari all'1,4% del valore derivante dalla somma della spesa lorda per medicinali erogati, riportata nella Distinta Contabile Riepilogativa presentata alla Azienda USL nei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto, settembre ed ottobre dell'anno 2009;
2. relativamente al secondo semestre (novembre 2009 aprile 2010), le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a detrarre dall'importo di loro spettanza a carico del SSR, derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativo al mese di dicembre 2009, una quota pari a quella riportata nella Distinta Contabile Riepilogativa del mese di ottobre 2009 di cui al precedente punto.
3. le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a ridurre l'importo di loro spettanza a carico del SSR, derivante dalla Distinta Contabile Riepilogativa di cui al DPR 371/98, relativo al mese di dicembre 2009, di una quota pari a quella riportata nella Distinta Contabile Riepilogativa del mese di ottobre 2009 di cui al precedente punto 1;
4. le farmacie convenzionate con il SSR sono tenute a rideterminare, in aumento o in diminuzione, l'importo di loro spettanza a carico del SSR derivante dalla Distinta Contabile Riepilo-

gativa di cui al DPR 371/98, relativo al mese di aprile 2010 di una quota pari all'1,4% del valore derivante dalla somma della spesa lorda per medicinali erogati, riportato nella Distinta contabile riepilogativa presentata alla ASL di appartenenza relativa ai mesi da maggio 2009 ad aprile 2010 compresi a cui devono detrarre l'importo delle quote già recuperate di cui ai precedenti punti 1 e 2;

5. le farmacie rurali che nell'anno 2008 hanno fatturato annualmente in regime di SSN, al netto dell'imposta sul valore aggiunto, meno di euro 258.228,45, sono escluse dall'applicazione di dette norme;
6. le farmacie rurali convenzionate che intendono avvalersi di detto beneficio, devono produrre, all'atto della consegna alla ASL della Distinta Contabile Riepilogativa del mese di ottobre 2009, autocertificazione attestante il possesso del requisito per l'esonero.

Di dare mandato al Dirigente del Servizio ATP per l'espletamento degli adempimenti necessari;

Di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP ai sensi della L.R. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1496

Comune di Castrignano del Capo (LE). Autorizzazione alla tumulazione privilegiata extra cimiteriale nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca di Mons. Mario Miglietta, ai sensi dell'art. 105 del D.P.R. 285/90. L.R. 30 novembre 2000, n. 21.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio ATP Ufficio 1 e, confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

Il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (G.U. n. 116 del 21/5/1998) "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59", all'art. 114, prevede che sono conferite alle Regioni tutte le funzioni ed i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti dallo Stato;

Il D.P.C.M. 26/5/2000 (G.U. n. 238 del 11.10.2000) "Individuazione delle risorse finanziarie strumentali ed amministrative da trasferire alle Regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del Titolo IV, Capo I del D.L.gvo 31.3.1998, n. 112", ha disposto il conferimento alle Regioni, fra gli altri compiti e funzioni, delle autorizzazioni previste dal D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 "Regolamento di Polizia Mortuaria";

La legge regionale 30 novembre 2000, n. 21 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi in materia di salute umana e sanità veterinaria" all'art. 8, punto 1, prevede: "Sono conferiti ai comuni i seguenti compiti e funzioni"; al comma c): "rilascio dell'autorizzazione su parere dell'azienda sanitaria locale competente per territorio, per esumazioni ordinarie anticipate rispetto al turno di esumazione non inferiore ad anni cinque, alle condizioni determinate dal Regolamento nazionale di Polizia mortuaria"; al comma d) "esercizio delle ulteriori competenze previste dal Regolamento nazionale di Polizia mortuaria".

La Legge regionale 30 novembre 2000, n. 22 "Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli Enti locali" detta i criteri e disciplina il procedimento di attuazione regionale per il riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi esercitati dalla regione e dagli Enti locali nelle materie di cui all'art. 117 della Costituzione, in quelle delegate dallo Stato di cui all'Art. 118, comma 2.

Tra le autorizzazioni di cui all'art. 8, lett. c) della Legge Regionale n. 21/2000, previste dal D.P.R. 285/90 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria", conferite alle Regioni con D.P.C.M. 26.05.2001, investite del cambiamento, già di competenza delle Prefetture e trasferite ai comuni dalla citata legge regionale, è ricompreso anche l'Art.

105: "Tumulazione privilegiata in località diverse dai Cimiteri".

Il citato articolo prevede che "Il Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Interno, udito il parere del Consiglio di Stato, previo parere del Consiglio Superiore di Sanità, può autorizzare, con apposito decreto, la tumulazione dei cadaveri e dei resti mortali in località differenti dal cimitero, sempre che la tumulazione avvenga con l'osservanza delle norme stabilite nel predetto Regolamento".

Con nota prot. n. 1924 del 21.05.2002 è intervenuto, nello specifico, atto di chiarimento del Ministro della Salute che ha evidenziato come "...sulla base dei principi desumibili dagli artt. 113 e 114 del decreto legislativo n. 112 del 1998 sembra indubbio l'automatico conferimento di volta in volta alle regioni territorialmente competenti della funzione autorizzativa della facoltà di tumulare salme o resti mortali in luoghi diversi dai cimiteri, quando sussistano determinate condizioni."

In attesa, pertanto, dell'attuazione della L.R. n. 22 del 30.11.2000 nel settore che qui interessa, con deliberazione di Giunta Regionale n. 2035 del 29.12.2004 è stata stabilita la documentazione di rito da produrre a corredo dell'istanza di tumulazione già prevista dall'art. 105 del D.P.R. 285/90.

Con nota prot. n. 5092 del 21 maggio 2009, il Sindaco del Comune di Castrignano del Capo (LE) ha prodotto istanza al Sig. Presidente della Giunta, ai sensi dell'art. 105 del D.P.R. 285/90, intesa ad ottenere l'autorizzazione per la tumulazione privilegiata nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca della salma di Mons. Mario Miglietta, nato a Leverano il 25.01.1925 ed ivi sepolto nel cimitero comunale in data 17.10.1996.

Accertata la conformità dell'istanza prodotta e della documentazione di rito allegata, agli atti dell'Ufficio assessorile, che risulta essere la seguente:

1. Nota del Sindaco del Comune di Castrignano del Capo, prot. n. 5092 del 21.05.09 relativa alla trasmissione della documentazione intesa ad ottenere l'autorizzazione per la tumulazione privilegiata, ai sensi della Legge 30/2000 e DGR 2035 /2004, della salma di Mons. Mario Miglietta nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca;

2. Autorizzazione del Sindaco del Comune di Castrignano del Capo, nota prot. n. 5093 del 21.05.2009 per la tumulazione privilegiata, della salma di Mons. Mario Miglietta nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca;
3. Istanza in data 20.05.2009 del legale rappresentante della Basilica - Santuario di Santa Maria de Finibus Terrae in Leuca;
4. Certificato sanitario in data 10.04.09 dell'Ospedale "Regina Apostolorum" di Albano Laziale (RM) da cui risulta il decesso di Mons. Miglietta per arresto cardiocircolatorio e si attesta che il decesso non è avvenuto per malattia infettiva e/o diffusiva;
5. Parere favorevole in data 18.01.2007 dell'Ufficio Tecnico Settore IV - Urbanistica ed assetto del territorio del Comune di Castrignano del Capo alla traslazione della salma di S.E. Mons Miglietta dal cimitero di Leveranno al Santuario di S. Maria di Leuca e relativa sepoltura extracimiteriale;
6. Relazioni tecnico-edilizie dell'Ufficio Tecnico Settore IV - Urbanistica ed assetto del territorio del Comune di Castrignano del Capo e dell'Ing. progettista, Frediano Russo, corredate di pianta della Basilica, in data 14.02.07 a supporto dell'autorizzazione preventiva della Soprintendenza dei Beni Ambientali della Puglia;
7. Autorizzazione in data 11.05.2007 del Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Direzione Generale - della Puglia - Bari ai progetti presentati dalla Soprintendenza BAP/PSAE di Lecce con nota n. 4241 del 16.04.2007 per la tumulazione privilegiata extracimiteriale della salma di Mons. Miglietta;
8. Parere favorevole in data 20.05.2009 della ASL di Lecce - Dipartimento di Prevenzione- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.
9. Nulla Osta della Massima Autorità Locale religiosa, Mons. Vito De Grisantis, Vescovo e Ordinario Diocesano della Diocesi di Ugento-S. Maria di Leuca rilasciato in data 21 maggio 2009;
10. Nulla Osta dei familiari dell'Estinto;
11. Biografia dell'Estinto.

Acquisita agli atti la nota prot. n. 8613 del 21/07/2009 con la quale il Presidente della Giunta regionale, esaminata la documentazione, in consi-

derazione della figura e dell'opera di Mons. Mario Miglietta ritiene che ricorrono i giustificati i motivi di speciale onoranza, così come previsto dall'Art. 105 del D.P.R. 285/90.

Si propone alla Giunta regionale l'adozione del seguente provvedimento relativo alla autorizzazione alla tumulazione privilegiata di S.E.R. Mons. Mario Miglietta, ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 2035 del 29.12.2004.

COPERTURA FINANZIARIA

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

Il Dirigente del Servizio
Dott. Fulvio Longo

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta regionale ai sensi delle leggi costituzionali nn. 1/99 e 3/2001 e della L.R. n. 7/2004 "Statuto della Regione Puglia".

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

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione e conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto esposto in narrativa, che qui si intende integralmente riportato e facente parte integrante, in attesa dell'attuazione, nel settore che qui interessa, della L.R. n. 22 "Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli Enti Locali";

- di autorizzare, ai sensi dell'art. 105 del D.P.R. 285/90, la tumulazione privilegiata nella Chiesa Santuario di Santa Maria di Leuca della salma di S.E.R. Mons. Mario Miglietta nato a Leverano il 25.01.1925 ed ivi sepolto nel cimitero comunale in data 17.10.1996;
- di disporre che, per la verifica delle condizioni igienico-sanitarie previste nel presente atto, il Direttore Generale della ASL LECCE deve provvedere esclusivamente con le risorse umane ed economiche attualmente previste nell' Azienda sanitaria;
- di incaricare l'ufficio competente della trasmissione di copia del presente atto, al Sindaco del Comune di LECCE, al legale rappresentante della Basilica Santuario di Santa Maria de Finibus Terrae di Leuca., al Direttore generale della ASL LECCE;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1497

Linee guida per l'applicazione dell'Ordinanza del Ministero della Salute "Requisiti igienico-sanitari per il commercio dei prodotti alimentari sulle aree pubbliche". Modifica all'allegato A della Delibera di Giunta Regionale n. 1077 del 04.07.2007.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso FIORE, sulla base dell'istruttoria espletata dalla P.O. "Igiene degli alimenti e della Nutrizione" dell'Ufficio n° 1, confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

Con delibera n. 1077 del 04.07.07, la Giunta Regionale ha approvato la sostituzione dell'allegato

A alla DGR n. 529 del 28.04.06 "Approvazione Linee Guida per l'applicazione dell'Ordinanza del Ministero della Salute 3/4/02" Requisiti igienico-sanitari per il commercio dei prodotti alimentari sulle aree pubbliche "finalizzate a:

- Puntualizzare alcuni aspetti dell'ordinanza Ministero della Salute 3 aprile 2002 ritenuti particolarmente importanti al fine di consentire una corretta applicazione della norma ed evitare incongruenze e difformità dell'applicazione della stessa sul territorio regionale;
- Definire alcuni aspetti relativi al commercio ed alla somministrazione di alimenti e bevande sulle aree pubblici attrezzate e sulle aree autorizzate in occasione di feste paesane, sagre, nonché aspetti relativi alle pertinenze esterne di attività commerciali (bar, ristoranti, gelaterie).

Considerato che nella seduta del Consiglio Regionale n. 103 del 23/4/2009 è stato approvato l'ordine del giorno "Miglioramento dei servizi delle attività produttive" con il quale si impegna la Giunta Regionale ad apportare le seguenti modifiche ed integrazioni alla Delibera di G.R. n. 1077 del 04.07.07 "al fine di consentire, visto il particolare momento di crisi economica, maggiori possibilità di lavoro per gli esercizi deputati alla somministrazione":

- Titolo" La somministrazione all'aperto su aree pubbliche e su aree private di pertinenza di pubblici esercizi" deve essere sostituito con il titolo "La somministrazione all'aperto su aree pubbliche e su aree private esterne a carattere stagionale";
- Punto 5. "essere in diretto collegamento con l'esercizio" deve essere sostituito con "essere nelle immediate vicinanze dell'esercizio";
- Punto 6. di seguito alle parole "essere disponibili servizi igienici anche per gli utenti" si deve aggiungere "Gli esercizi che ne sono privi possono utilizzare servizi igienici, pubblici o privati, situati in un raggio di 25 metri dall'esercizio stesso, ubicati in vani ad hoc predisposti, del tipo allacciati alla pubblica fognatura con disponibilità di acqua corrente, e aperti nelle ore di attività dell'esercizio. Gli esercizi privi di servizi igienici per il pubblico si devono adeguare a tale requisito entro ... anni dall'entrata in vigore del presente provvedimento".

Ritenuto dover integrare la proposta di modifica suddetta nel modo di seguito indicato:

- Aggiungendo al punto 6. prima della parole “Gli esercizi che ne sono privi..” le parole “Ad eccezione dei ristoranti e delle trattorie che comunque devono essere provvisti, le altre tipologie di esercizi”
- Aggiungendo al punto 6. dopo le parole “pubblici o” le parole “ubicati presso altri esercizi”;
- Aggiungendo al punto 6. prima dell’ultimo capoverso” Il numero dei servizi igienici per il pubblico deve essere rapportato al numero massimo dei posti a sedere, prevedendo almeno un servizio igienico ogni 50 posti a sedere ed avere la disponibilità di almeno 2 servizi igienici, distinti per sesso, superati i 50 posti a sedere e sino a cento posti a sedere; per capacità ricettive superiori a 100 posti a sedere dovrà essere previsto un servizio igienico aggiuntivo per ulteriori 100 posti o frazione. In caso di necessità è possibile utilizzare anche bagni mobili purché in possesso dei requisiti di cui alla circolare del ministeriale del 31 ottobre 2007”

Ritenuto pertanto dover apportare all’Allegato A alla Delibera di G.R. n. 1077 del 04.07.07 le modifiche ed integrazioni sopra riportate;

Sezione Contabile:

“COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n° 28/01 e S.M. e I.”

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

Il Dirigente del Servizio
Dott. F. Longo

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all’esame della Giunta Regionale in virtù dell’art. 4, comma 4, lettera a) della L.R. 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 schema di provvedimento dal Responsabile della P.O. dell’Ufficio n° 1 e dal Dirigente del Servizio ATP;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate, di apportare le seguenti modifiche ed integrazioni all’allegato A della Delibera di Giunta Regionale n. 1077/07:

- Il titolo” La somministrazione all’aperto su aree pubbliche e su aree private di pertinenza di pubblici esercizi” è sostituito con il titolo “La somministrazione all’aperto su aree pubbliche e su aree private esterne a carattere stagionale”;
- Il punto 5. “essere in diretto collegamento con l’esercizio” viene sostituito con “essere nelle immediate vicinanze dell’esercizio”;
- Al punto 6. di seguito alle parole “essere disponibili servizi igienici anche per gli utenti.” si deve aggiungere “Ad eccezione dei ristoranti e delle trattorie che comunque devono esserne provvisti, le altre tipologie di esercizi che ne sono privi possono utilizzare servizi igienici, pubblici o ubicati presso altri esercizi, situati in un raggio di 25 metri dall’esercizio stesso, ubicati in vani ad hoc predisposti, del tipo allacciati alla pubblica fognatura con disponibilità di acqua corrente, e aperti nelle ore di attività dell’esercizio. Il numero dei servizi igienici per il pubblico deve essere rapportato al numero massimo dei posti a sedere, prevedendo almeno un servizio igienico ogni 50 posti a sedere ed almeno 2 servizi igienici, distinti per sesso, superati i 50 posti a sedere e sino a cento posti a sedere; per capacità ricettive superiori a 100 posti a sedere dovrà essere previsto un servizio igienico aggiuntivo per ulteriori 100 posti o frazione. In caso di necessità è possibile utilizzare anche bagni mobili purché in possesso dei requisiti di cui alla circolare mini-

steriale del 31 ottobre 2007. Gli esercizi privi di servizi igienici per il pubblico si devono adeguare a tale requisito entro due anni dall'entrata in vigore del presente provvedimento".

- Di incaricare i Direttori Generali a dare massima diffusione delle stesse ad altri Enti, Organismi ed Associazioni interessate.
- Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile.
- Di pubblicare il presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1498

Applicazione Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 - Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004. Allegato A, sezione 6.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dr. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla P.O. dell'Ufficio n° 1, di concerto con il Dirigente dell'Ufficio n. 2 e confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

- Visto il D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 80;
- Vista la Legge Regionale 24 marzo 1974, n. 18;
- Vista la Legge Regionale 4 febbraio 1997, n. 7;
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 28 luglio 1998, n. 3261 e successive integrazioni;
- Vista la nota circolare n. 11000 del 17.04.2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali;

- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 31 agosto 2007, n. 1296 e s.m.i.;

- Visto il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194

Con nota prot n. 24/18168/ATP/2, del 12.12.08 indirizzata ai Direttori dei SIAN e SIAV B dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL veniva divulgata la pubblicazione del D.Lgs 194 del 19/12/08 Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004, con invito alla ampia divulgazione a quanti interessati.

L'ambito di applicazione del suddetto Dlgs 194/08 riguarda storicamente le aziende assoggettate ai controlli veterinari (Sez da I a V e parte della VI) ed è stato innovato introducendo il principio della contribuzione anche per le aziende assoggettate ai controlli medici in materia di sicurezza alimentare (parte della sez. VI).

Tale innovazione e le difficoltà di approccio dei Servizi Dipartimentali competenti in materia, unitamente alle difficoltà interpretative circa l'esatta individuazione del soggetto obbligato al pagamento, nonché la ristrettezza del termine di pagamento rispetto alla data di pubblicazione del stesso decreto, ha posto forti incertezze sul piano applicativo.

Al fine di dirimere dubbi e perplessità sono state tenute diverse riunioni specifiche sull'argomento nell'ambito del Coordinamento Tecnico Interdisciplinare per la Sicurezza Alimentare al fine di una uniforme applicazione;

Che a seguito tali riunioni sono state concordate prime indicazioni applicative diramate con nota prot. 24/1079/ATP1-2 del 22/01/09 rinviando a successiva comunicazione ogni altra determinazione del ministero competente ivi compreso la emanazione dei decreti interministeriali sulla modalità tecniche di versamento delle tariffe e definita la modulistica per la rendicontazione delle somme rimosse ai sensi del medesimo decreto;

Che all'atto pratico per talune tipologie di imprese alimentari assoggettate al pagamento del contributo quali i "Centri Cottura" e per altri aspetti

come ad esempio la definizione di “tipologia all’ingrosso”, di “controlli contemporanei”, la “coesistenza di più attività registrate o di attività registrate e riconosciute nello stesso stabilimento” e molte altre ancora, hanno reso necessario ulteriori approfondimenti, anche in sede di Coordinamento tecnico Interdisciplinare per la Sicurezza Alimentare, confronti con le Associazioni di categoria, con il Ministero al fine di addivenire a criteri applicativi il più possibile omogenei in ambito nazionale per evitare ricadute sperequative sui comparti produttivi.

Che allo stato dei fatti il decreto interministeriale non è stato ancora emanato, mentre il 17/04/09, con nota circolare prot. n. 11000-P, il Ministero competente ha fornito le indicazioni applicative del D. Lgs. n. 194/08, chiarendo taluni aspetti fondamentali per l’esatta individuazione dei soggetti obbligati al contributo, per le modalità di versamento delle tariffe e dunque per la corretta applicazione del D.Lgs. stesso;

Che in particolare nella stessa circolare alla esplicitazione dell’art. 10 del D.lgs in argomento viene fatto rinvio ad apposito provvedimento regionale per le modalità di versamento delle tariffe dovute, limitatamente a quelle previste dalla sezione 6, consentendo di fatto la concreta applicazione del D.lgs 194/08;

Verificata la necessità, in fase di prima applicazione, di informare gli operatori del settore alimentare (OSA) relativamente a tali indicazioni, al fine di una corretta ed uniforme applicazione delle disposizioni citate, nonché riguardo alle modalità di versamento delle tariffe alle ASL territorialmente competenti;

Tenuto conto che la nota circolare prot. n. 11000 del 17.04.2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, relativamente all’art. 10 del decreto legislativo, prevede che, limitatamente alla Sezione 6 dell’Allegato A, l’ammontare delle tariffe possa essere determinato dall’operatore del settore alimentare, tenendo conto delle specifiche contenute nella Sezione medesima anche in relazione alla classe di entità produttiva presunta per l’anno di riferimento (fascia A, B o C), e versato

direttamente all’ASL territorialmente competente, con modalità da stabilirsi in apposito provvedimento regionale;

Atteso che i soggetti destinatari degli obblighi previsti dall’allegato A, sezione 6, del Decreto legislativo 194/2008 sono identificati dal Decreto medesimo e dalla nota ministeriale succitata e che il versamento delle tariffe previste deve essere effettuato dagli operatori del settore alimentare senza una preventiva richiesta da parte della ASL territorialmente competente;

Considerato, dunque, che gli operatori del settore alimentare, solo a seguito della citata circolare ministeriale prot. n. 11000-P del 17.04.09, dispongono delle necessarie informazioni ed indicazioni per ottemperare a quanto previsto dal D.Lgs. n. 194/08;

Ritenuto pertanto, in sede di prima applicazione, dover stabilire un termine, dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento, entro il quale gli operatori del settore alimentare debbano provvedere al pagamento della tariffa, decorso il quale le competenti AA.SS.LL provvederanno ad una verifica dell’avvenuto pagamento;

Ritenuto altresì che, nel caso di verifica di mancato o incompleto pagamento della tariffa entro il termine previsto dal punto precedente, le AA.SS.LL. procederanno alla richiesta di pagamento, maggiorando l’importo dovuto del 30% oltre agli interessi maturati nella misura legale a far data dal primo giorno successivo al termine previsto dal presente provvedimento per il pagamento della tariffa;

Che in sede di prima applicazione, per l’anno 2009, si ritiene che le sanzioni e gli interessi maturati nella misura legale di cui all’art. 10, comma 5, si debbano applicare esclusivamente agli operatori del settore alimentare che non hanno proceduto al pagamento della tariffa entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento

Per quanto sopra si ritiene di dover recepire la più volte citata nota circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali prot. n. 11000 del 17.04.2009 e nel contempo con il pre-

sente provvedimento fornire alle AA.SS.LL., in sede di prima applicazione, opportuni indirizzi operativi e la modulistica necessaria per una corretta ed uniforme applicazione del Decreto 194/08;

Sezione Contabile:

“Copertura finanziaria di cui alla L.R. n° 28/01 e s.m. e i.”

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

Il Dirigente del Servizio
Dott. F. Longo

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale in virtù dell'art. 4, comma 4, lettera a) della L.R. 7/97.

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

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Responsabile del Procedimento, dal Dirigente dell'Ufficio n° 3 e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto sopra detto, che qui si intende integralmente riportato,

- di recepire le indicazioni applicative del Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 contenute nella nota circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali prot. n. 11000 del 17.04.2009, che si allega al presente

provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato 1);

- che le tariffe di cui all'allegato A, sezione 6, del Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194, comprensive delle maggiorazioni previste dall'art. 11, commi 1 e 4, del citato Decreto, devono essere versate dall'operatore del settore alimentare, alle ASL competenti per territorio. Tali tariffe sono versate relativamente alla specifica attività svolta e nella misura prevista dal Decreto legislativo stesso, in relazione alla classe di entità produttiva presunta per l'anno di riferimento (fascia A, B o C), tenendo conto delle indicazioni contenute nella citata nota ministeriale.
- che, poiché i soggetti destinatari degli obblighi previsti dall'allegato A, sezione 6, del Decreto legislativo 194/2008 sono identificati dal Decreto medesimo e dalla nota ministeriale succitata, il versamento delle tariffe previste deve essere effettuato dagli operatori del settore alimentare senza una preventiva richiesta da parte della ASL territorialmente competente;
- che gli operatori del settore alimentare devono effettuare detto versamento sul conto corrente della ASL territorialmente competente entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento, trasmettendo, al Dipartimento di Prevenzione della A.S.L., copia della ricevuta di avvenuto versamento e autodichiarazione della classe di entità produttiva presunta per l'anno di riferimento, utilizzando il fac-simile di cui all'Allegato 2 alla presente, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- che, tenuto conto che per la Sezione 6 non è prevista, da parte delle AA.SS.LL., la preventiva richiesta di pagamento delle tariffe di cui all'art. 10, comma 5 del D.Lgs. n. 194/08 L., decorsi 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento, le AA.SS.LL. provvederanno ad una verifica dell'avvenuto pagamento della tariffa di cui all'Allegato A - sezione 6 da parte degli operatori del settore alimentare, sulla base delle banche dati ufficiali disponibili (anagrafe registrazioni ASL, banche dati delle ASL, delle Camere di Commercio, dei Comuni);

- che, decorso il termine di cui sopra, nel caso di verifica di mancato o incompleto pagamento della suddetta tariffa, le AA.SS.LL. provvederanno alla richiesta di pagamento della tariffa agli operatori del settore alimentare interessati, maggiorando l'importo del 30% oltre agli interessi maturati nella misura legale a far data dal primo giorno successivo al 60° giorno dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento e sino alla data della richiesta di pagamento, utilizzando il fac-simile di cui all'Allegato 3, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - che, con riferimento alla fattispecie di cui al punto precedente, laddove il competente Servizio Dipartimentale non disponga di elementi per determinare l'importo dovuto sarà presa a riferimento la classe di entità produttiva più onerosa prevista dall'Allegato A, sezione 6 (fascia C);
 - che in sede di prima applicazione, per l'anno 2009, le sanzioni e gli interessi maturati nella misura legale di cui all'art. 10, comma 5, si applicano esclusivamente agli operatori del settore alimentare che non hanno proceduto al pagamento della tariffa entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP del presente provvedimento;
 - che le ASL provvedano alla più ampia divulgazione del presente atto e rendano disponibili agli operatori del settore alimentare, nelle forme opportune, le indicazioni operative per il versamento delle tariffe previste dal Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194;
 - che, al fine dell'opportuna informazione degli operatori del settore alimentare, per il primo anno di applicazione del Decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194, siano rese disponibili sul sito istituzionale della Regione Puglia e delle ASL le disposizioni previste in merito alle modalità di versamento delle tariffe;
 - di demandare ai competenti Uffici del Servizio ATP di dare ampia diffusione del presente provvedimento ad Enti ed Associazioni di categoria interessati;
 - di incaricare il competente Ufficio Regionale per la Comunicazione di dare ampia diffusione del presente provvedimento;
 - di pubblicare il presente provvedimento sul BURP;
 - di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile.
- Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno
- Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

ALLEGATO 1



*Ministero del Lavoro della Salute e
delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO PER LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA, LA NUTRIZIONE E LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI
DIREZIONE GENERALE DELLE SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Assessorati alla sanità
Regioni e Provincia Autonoma di Trento
Assessorato all'Agricoltura
Provincia Autonoma di Bolzano
Loro sedi

Oggetto:

Indicazioni applicative del decreto legislativo 194/2008 concernente le modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali, in attuazione del reg. ce/882/2004.

Come noto, nella G.U. n 289 del 11/12/2008 è stato pubblicato il Decreto Legislativo n. 194 del 19 novembre 2008, che disciplina le modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali, in attuazione del Reg. CE/882/2004. I proventi riscossi dalle ASL, ai sensi del citato Decreto, sono vincolati al finanziamento dei costi derivanti dagli adempimenti per le attività di controllo ufficiale sugli alimenti, effettuate dai competenti Servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Questa norma, di derivazione comunitaria, sostituisce il D.Lgs 432/98 e prevede il pagamento di una tariffa, da versare alle ASL di competenza, da parte di ogni attività all'ingrosso di produzione, deposito e commercializzazione di alimenti. Essa si applica, per talune tipologie di attività (macelli, laboratori di sezionamento carni, lavorazione del latte e caseifici, lavorazione dei prodotti della pesca, ecc.), attraverso l'applicazione di tariffe stabilite in rapporto alla reale entità produttiva e, per altre tipologie, attraverso importi forfetari individuati in base a tre classi di entità produttiva presunta per l'anno di riferimento.

, A seguito delle riunioni svoltesi tra rappresentanti di questo Dipartimento ed i rappresentanti dei servizi veterinari regionali e dei SIAN, è stato concordato di diramare, ai fini di una uniforme applicazione sul territorio nazionale del del DLgs 194/2008 alcuni chiarimenti riportati in allegato alla presente nota.

IL CAPO DIPARTIMENTO

ALLEGATO

DECRETO LEGISLATIVO 194/2008	INDICAZIONI APPLICATIVE
<p>Articolo 1 Campo di applicazione</p>	<p>Per il finanziamento dei controlli, le tariffe vanno applicate solamente alle attività previste dagli Allegati del decreto stesso. Per quanto non ricompreso negli allegati si rinvia, di fatto, ai tariffari regionali già esistenti o da determinare. Allo stato attuale, la produzione primaria deve ritenersi esclusa dal campo di applicazione del decreto, come pure la produzione e la commercializzazione al dettaglio, i sottoprodotti di origine animale ed il settore mangimistico.</p> <p>Al fine di identificare le attività che ricadono nella produzione primaria, valgono le definizioni contenute nelle Linee Guida applicative del Reg. CE/852/2004 di cui all'Accordo Stato-Regioni rep. n. 2470 del 9/2/2006.</p>
<p>Articolo 2 Riscossione delle tariffe</p>	<p>Ogni impresa alimentare deve provvedere al pagamento delle tariffe per ciascuno dei propri stabilimenti. Le Autorità competenti che effettuano i controlli di cui al Regolamento CE 882/2004 provvedono alla riscossione delle tariffe. Per la registrazione e il riconoscimento degli stabilimenti del settore dei mangimi e degli alimenti, di cui all'articolo 31 del Reg. CE/882/2004, si continuano ad applicare le tariffe già determinate dai diversi provvedimenti regionali, che devono garantire la copertura del costo del servizio.</p>
<p>Articolo 3 Criteri per la determinazione e l'aggiornamento delle tariffe</p>	<p>La determinazione delle tariffe viene effettuata in conformità a quanto riportato negli allegati al decreto legislativo. Ai fini della maggiorazione della tariffa di cui al comma 3 dell'art.3, per l'individuazione dell'orario notturno, occorre fare riferimento al contratto collettivo nazionale ed ai contratti decentrati.</p>
<p>Articolo 4 Controlli supplementari ed integrativi e su richiesta</p>	<p>Sono considerati controlli supplementari quelli effettuati in aggiunta alla normale programmazione di cui al Reg. CE/882/2004 e svolti a seguito di non conformità rilevate nell'attività di controllo ordinario o in fase di vigilanza, e che rendono necessaria la verifica della rimozione delle stesse. Ricadono in questa fattispecie anche le verifiche effettuate su richiesta di altri Organi di controllo (es. N.A.S.), a seguito di irregolarità accertata. La tariffazione relativa ai controlli supplementari si applica unicamente alle attività ricomprese nel DLgs 194/08. Sono controlli resi nell'interesse dell'operatore quelli che sono esplicitamente richiesti dallo stesso, compresi quelli effettuati per il rilascio di certificazioni per l'esportazione, nonché i controlli svolti in applicazione di normative riguardanti Paesi Terzi (daily inspection), in aggiunta alla normale programmazione. Tali controlli e le relative certificazioni devono essere pagate secondo quanto previsto dai tariffari regionali. I costi per le analisi di laboratorio a seguito di campionamenti effettuati in corso di controlli supplementari sono a carico dell'operatore, che provvede direttamente al pagamento al laboratorio di analisi. L'esame trichinoscopico, qualora effettuato presso laboratori esterni all'impianto di macellazione, è a carico dell'operatore. Qualora l'operatore allestisca il laboratorio per l'esame trichinoscopico all'interno del macello, le spese relative all'allestimento ed alla gestione dello stesso restano a suo carico. Nel caso di macellazione di suini a domicilio, le spese relative all'ispezione ante e post mortem sono stabilite con tariffe regionali; le spese relative all'esame trichinoscopico sono a carico dell'interessato. Il costo orario relativo ai controlli supplementari è maggiorato esclusivamente della quota dello 0,5%, finalizzata all'attuazione del piano nazionale integrato dei controlli di cui all'articolo 41 del Regolamento CE/882/2004.</p>

<p>Articolo 5 Costo orario</p>	<p>Si intende per costo orario il costo orario della prestazione, quindi comprensivo di tutto il personale coinvolto nel controllo, e non il costo orario del singolo operatore che prende parte all'esecuzione del controllo sanitario.</p> <p>Il suddetto principio del costo della prestazione non si applica agli stabilimenti di macellazione. In tali impianti la tipologia di attività di controllo indicata dalla normativa comunitaria prevede frequenze differenti dal restante controllo ufficiale.</p> <p>Il costo orario è indicato nell'allegato C, sezione I al decreto legislativo. L'importo è stato fissato in 50,00 euro/ora. Tale importo deve essere applicato uniformemente in tutte le Regioni. Qualora sussista l'esigenza di aggiornare tale importo, la modifica dello stesso deve essere concordata tra le Regioni e lo Stato al fine di garantire l'uniformità del calcolo del costo del servizio sul territorio nazionale.</p>
<p>Articolo 6 Modalità di adeguamento e di aggiornamento delle tariffe</p>	<p>L'aggiornamento periodico delle tariffe è previsto almeno ogni due anni. Eventuali aggiornamenti possono anche essere effettuati a seguito di richieste provenienti dalle Regioni, previo parere favorevole della Conferenza dello Stato con le Regioni e le Province Autonome.</p> <p>Le tariffe di cui all'allegato B possono essere modificate direttamente ed autonomamente dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.</p>
<p>Articolo 8 Compiti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano</p>	<p>La rendicontazione dei costi sostenuti e delle tariffe riscosse deve essere effettuata annualmente, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.</p> <p>La comunicazione entro i trenta giorni successivi alla pubblicazione sul Bollettino regionale deve essere effettuata utilizzando l'apposito allegato al decreto interministeriale di attuazione del decreto legislativo 194/2008, fatte salve le modalità vigenti.</p>
<p>Articolo 9 Rideterminazioni</p>	<p>La rideterminazione delle tariffe, in relazione alla verifica del livello di copertura del costo del servizio a livello di singole Regioni o a livello nazionale, deve essere concordata nell'ambito della Conferenza dello Stato con le Regioni e le Province autonome.</p>
<p>Articolo 10 Modalità tecniche di versamento delle tariffe</p>	<p>Le tariffe per le Sezioni da 1 a 5 vengono determinate mediante l'utilizzo dell'apposita bolletta, prevista dal decreto interministeriale applicativo; laddove la tariffa calcolata superi il costo del servizio, si applica una tariffa pari ad esso.</p> <p>Limitatamente alla Sezione 6, l'ammontare delle tariffe può essere determinato in autodichiarazione dall'operatore del settore alimentare, tenendo conto delle specifiche contenute nella Sezione medesima, e versato direttamente all'ASL territorialmente competente, con modalità da stabilirsi in apposito provvedimento regionale.</p>
<p>Articolo 11 Disposizioni relativi alle tariffe degli allegati A e B</p>	<p>A tutte le tariffe elencate nell'Allegato A del D.Lgs 194/08 (Sezioni da 1 a 6), deve essere preliminarmente applicata la maggiorazione del 20% (prevista dal comma 1 dell'art. 11).</p> <p>La suddetta maggiorazione si applica in ragione della mancata copertura del costo del servizio a livello di Paese e di Regioni. Successivamente al 31 marzo 2010, sulla base del consuntivo della rendicontazione, qualora risulti una sufficiente copertura del costo del servizio, potrà essere valutata una riduzione della percentuale o l'eliminazione della stessa maggiorazione.</p> <p>La maggiorazione dello 0,5% deve essere applicata su tutte le tariffe riscosse (comprese le tariffe previste per i controlli previsti dall'art. 4 del DLgs) e, per quanto riguarda le attività ricomprese nelle Sezioni da 1 a 5, va calcolata anche qualora si applichi il costo del servizio.</p>
<p>Articolo 12 Modalità di rendicontazione</p>	<p>Relativamente ai dati dell'anno precedente, la rendicontazione alle Regioni da parte delle ASL deve essere effettuata entro il mese di febbraio dell'anno successivo.</p> <p>La rendicontazione al Ministero, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei Laboratori nazionali di riferimento, degli IZS e degli altri laboratori di analisi, deve essere effettuata entro il 31 marzo di ogni anno. A tal fine dovranno essere utilizzati i modelli allegati al decreto interministeriale applicativo.</p>

Allegato A

Nella tabella 1, ai fini del D.Lgs 194/2008, si definiscono "bovini giovani" i vitelli di età non superiore a 8 mesi.

Gli importi ridotti previsti nella tabella 1.1 (per le strutture che macellano oltre 10.000 capi), si possono applicare anche se non sono contemporaneamente soddisfatti i prerequisiti elencati in calce alla tabella stessa. Viceversa, non si applicano qualora presso l'impianto siano state recentemente riscontrate e non risolte gravi non conformità relative all'autocontrollo e alla rintracciabilità (palese mancanza di tali requisiti).

Nel caso di macellazioni speciali d'urgenza (MSU), la tariffa deve essere addebitata al macello presso cui viene conclusa la macellazione.

Nel caso di laboratori di sezionamento annessi ad impianti di macellazione, limitatamente alle carni prodotte nello stesso impianto, si applica solo la tariffa prevista per il macello. Le carni introdotte da altri stabilimenti ai fini del sezionamento, sono invece soggette alla tariffa prevista dalla Sezione 2.

In tutti gli stabilimenti di sezionamento, la tariffa si calcola sul quantitativo totale della carne introdotta, indipendentemente che la stessa venga poi effettivamente sezionata o che venga commercializzata tal quale.

Se, inoltre, lo stabilimento di sezionamento svolge attività di deposito di carni confezionate o di alimenti, provenienti da altri stabilimenti e destinati tal quali alla commercializzazione, si applica anche la tariffa forfetaria prevista dalla Sezione 6.

A tutti i depositi fisicamente annessi a stabilimenti ricompresi nelle attività elencate nelle Sezioni da 1 a 5, che stoccano alimenti non prodotti nell'impianto e destinati tal quali alla commercializzazione, si applica anche la tariffa prevista dalla Sez. 6.

Gli importi delle tariffe applicabili alla produzione di latte, si applicano ai soli stabilimenti di trattamento e di trasformazione che lavorano il latte crudo e non ai centri di raccolta che, invece, pagano la tariffa ai sensi dell'Allegato A, Sezione 6, come deposito di prodotti alimentari a temperatura controllata.

Relativamente alla sezione 5, la tariffa viene calcolata sulla base dei quantitativi di un mese di attività.

Le tipologie di stabilimento ricomprese in tale Sezione sono sinteticamente esplicitate nella tabella seguente:

Prima immissione in commercio di prodotti della pesca e dell'acquicoltura	<ul style="list-style-type: none"> • Navi frigorifero • Navi officina • Stabilimenti che acquistano direttamente dai produttori primari <p>Nel caso in cui la prima immissione in commercio coincida con l'attività di macellazione, si applica esclusivamente la tariffa relativa a quest'ultima attività.</p>
Prima vendita nel mercato del pesce	<ul style="list-style-type: none"> • I mercati ittici • Le sale d'asta
Prima vendita in caso di mancanza o insufficienza del grado di freschezza e/o delle dimensioni, conformemente al Regolamento 2406/96	<ul style="list-style-type: none"> • I mercati ittici • Le sale d'asta
Lavorazione di prodotti della pesca e dell'acquicoltura	<ul style="list-style-type: none"> • Impianti di macellazione dei prodotti di acquicoltura • Stabilimenti operanti in regime di freddo, che effettuano una o più delle seguenti operazioni: preparazione dei prodotti della pesca compresi i molluschi refrigerati, congelati o surgelati. • Stabilimenti che effettuano sterilizzazione, cottura, essiccazione, affumicamento, salagione, marinatura ecc. • Stabilimenti a terra, che effettuano esclusivamente operazioni di riconfezionamento o altre operazioni di taglio, porzionatura, zangolatura dei molluschi cefalopodi e battitura/riconfezionamento dello stoccafisso, ecc. • Stabilimenti frigoriferi che producono carni di pesce separate meccanicamente
Le attività di cernita, frazionamento e ghiaccatura dei prodotti della pesca sono ricomprese nella tariffa relativa al deposito di cui alla Sezione 6.	

Riguardo alle Sezioni da 1 a 5 dell'allegato A, fatta eccezione per quanto precedentemente indicato relativamente ai macelli con sezionamento annesso, la tariffa dovuta è pari alla somma delle singole tariffe previste per le singole attività produttive svolte nello stabilimento.

Sezione 6

Le tariffe indicate nella Sezione 6, in quanto forfetarie, non hanno una corrispondenza diretta con il reale costo del servizio prestato presso un determinato stabilimento ricompreso in tale Sezione.

Ai fini dell'individuazione delle imprese che ricadono nel campo di applicazione della Sezione 6, con il termine di "attività prevalente ingrosso" si intende l'attività produttiva che commercializza non al dettaglio una percentuale della propria produzione superiore al 50%.

Qualora uno stabilimento svolga più di una attività si applica un'unica tariffa relativa all'attività prevalente.

Al fine dell'individuazione dell'attività prevalente si considerano, in ordine di priorità, il riconoscimento comunitario dell'attività (rispetto alla registrazione).

Nel caso di più attività riconosciute, si prende in considerazione il volume prodotto o commercializzato riferito all'attività che si colloca nella fascia più onerosa. Lo stesso criterio si applica nel caso coesistano più attività registrate.

La fascia produttiva annua si calcola sulla base del volume complessivo prodotto (vendita all'ingrosso ed al dettaglio).

Nel caso di stabilimenti in attività l'entità produttiva è calcolata su base annua dell'anno precedente, mentre, per i nuovi impianti, l'operatore del settore alimentare effettuerà una stima dell'entità produttiva prevista, salvo conguaglio, in positivo o in negativo, al termine del primo anno di attività.

Nel caso di nuova registrazione o nuovo riconoscimento, rilasciati nel corso dell'anno, il valore della tariffa dovrà essere calcolato in dodicesimi.

Ai fini del pagamento delle tariffe di cui alla Sezione 6, nelle definizioni:

miele: sono comprese tutte le imprese che procedono alla smielatura e/o al confezionamento e/o alla commercializzazione all'ingrosso di miele; sono esclusi i produttori primari che lavorano esclusivamente miele proveniente dalla propria azienda, nonché le cooperative di smielatura e le sale di smielatura pubbliche che effettuano la sola smielatura e destinano l'intero prodotto ottenuto ai singoli operatori primari che l'hanno conferito;

molluschi bivalvi vivi: sono compresi tutti gli stabilimenti che procedono alla depurazione dei molluschi bivalvi vivi, nonché tutti gli stabilimenti che svolgono l'attività di centro di spedizione dei molluschi, compresi i centri galleggianti;

cosce di rana e lumache: sono compresi tutti gli stabilimenti che producono e/o commercializzano all'ingrosso le cosce di rana (compresi i macelli) e le lumache o le chioccioline vive;

stomaci vesciche e budella: sono compresi tutti gli stabilimenti che procedono alla lavorazione delle trippe mediante lavaggio, sbiancatura e cottura per la successiva commercializzazione, nonché tutti gli stabilimenti che procedono alla lavorazione delle vesciche e delle budella per la produzione di involucri naturali per gli insaccati o per la commercializzazione per il consumo diretto;

centri di cottura: sono compresi tutti i centri di cottura che veicolano/distribuiscono un quantitativo di pasti superiore al 50% della produzione annuale a uno o più terminali di distribuzione di altra ditta/ente/istituzione. La tariffa è dovuta sulla base del quantitativo di materie prime in entrata nel centro cottura.

molli industriali, pastifici, panifici e prodotti da forno industriali: sono compresi tutti gli stabilimenti che producono farine, paste alimentari, pane e prodotti da forno; il termine industriale esclude solo le attività che commercializzano al dettaglio una percentuale della propria produzione superiore al 50%;

pasticcerie industriali: sono compresi tutti gli stabilimenti che producono prodotti dolciari comprese le caramelle, le gomme da masticare, i confetti ecc.; il termine

	<p>industriale esclude solo le attività che commercializzano al dettaglio una percentuale della propria produzione superiore al 50%;</p> <p>alimenti di origine vegetale non considerati altrove: sono compresi tutti gli stabilimenti di produzione e commercializzazione non specificati nella Sezione 6 (quali ad es. acetaie, zuccherifici, impianti di lavorazione e confezionamento funghi, essiccatoi di cereali per l'alimentazione umana, ecc.)</p> <p>depositi alimentari, depositi alimentari per prodotti in regime di freddo e piattaforme di distribuzione: sono compresi tutti i depositi alimentari per la commercializzazione all'ingrosso, nei quali sono detenuti prodotti alimentari e prodotti intermedi di lavorazione; sono compresi anche i depositi degli spedizionieri specificamente destinati al deposito di alimenti ed i depositi centralizzati delle grandi catene di distribuzione. .</p> <p>Sono assoggettate alle tariffe di cui alla sezione 6 anche gli stabilimenti che effettuano solo lavorazioni parziali del ciclo produttivo nei settori sopra indicati, commercializzando prodotti destinati a completare il ciclo di produzione in altri stabilimenti.</p> <p>I cash and carry sono da considerare tra le attività prevalenti all'ingrosso; tali attività sono assoggettate al pagamento delle tariffe previste dalle Sezioni da 2 a 5 (qualora svolgano attività riconosciute ricadenti in queste Sezioni), nonché della eventuale tariffa prevista dalla Sezione 6.</p>
--	---

ALLEGATO 2

AUTODICHIARAZIONE ai fini dell'applicazione delle tariffe previste dal D.lgs.194/2008 (art.47 DPR n 445/2000)

Il sottoscritto/a nato a
il.....residente a
in via.....C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□

titolare legale rappresentante altro (specificare).....
dell'impresa del settore alimentare denominata
Tipologia di stabilimento (vedi sezione 6 D.L.vo 194/08).....
sita invian.....
con riferimento al D.L.vo 194/08 ed alla Delibera di Giunta Regionale n.del.....

- Sulla base del quantitativo prodotto e/o commercializzato nell'anno precedente
- Sulla base di una stima dell'entità produttiva prevista per l'anno in corso

dichiara

sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate nel D.P.R. 445/2000, ai fini dell'applicazione del D.Lgs. 194/2008:

- > che commercializza non al dettaglio una percentuale della propria produzione superiore al 50% : **SI** **NO**

pertanto

- che la propria attività non rientra in quelle previste dall'Allegato A, Sezione 6 e di non essere soggetto al pagamento delle tariffe previste

ovvero

di rientrare nella fascia produttiva annua : **A)** **B)** **C)**
della sopraccitata normativa.

Il sottoscritto si impegna a comunicare variazioni a quanto sopra dichiarato, compresa la cessazione dell'attività.

IN FEDE

(firma del titolare ed eventuale timbro)

Con la presente autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo 196/2003 per gli adempimenti correlati alla procedura in oggetto.

.....li.....

IN FEDE

(firma del titolare ed eventuale timbro)

SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA'

ALLEGATO 3

Prot. n. _____

-RACCOMANDATA A.R.-Al Sig. _____
Via _____

**OGGETTO: D. Lgs. n. 194/2008. Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004. D.G.R. n....del.....
Richiesta pagamento tariffa.**

Il Decreto Legislativo n. 194 del 19.11.2008, entrato in vigore il 12.12.2008, stabilisce le modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali eseguiti dalle autorità competenti per la verifica della conformità alla normativa in materia di sicurezza alimentare.

Lo stesso Decreto prevede che gli operatori del settore alimentare, per le attività comprese nell'allegato A, sezione 6, devono corrispondere un contributo nella misura forfettaria prevista dalla stessa sezione 6, in base alle tre classi di entità produttiva presunta per l'anno di riferimento (fascia A, B o C). Tale contributo deve essere versato entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento. Alla tariffa di cui sopra vanno applicate la maggiorazione del 20% prevista dall'art. 11, p.1 e la maggiorazione dello 0,5% prevista dall'art.11, p. 4 dello stesso Decreto.

Con la nota del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali prot. n 11000 del 17.04.09, sono stati chiariti taluni aspetti fondamentali per l'esatta individuazione dei soggetti obbligati al contributo, per le modalità di versamento delle tariffe ed è stato specificato, tra l'altro, che con il termine di "attività prevalente ingrosso", si intende l'attività produttiva che commercializza non al dettaglio una percentuale della propria produzione superiore al 50% e che la fascia produttiva annua si calcola sulla base del volume complessivo prodotto (vendita all'ingrosso più eventuale vendita al dettaglio).

Con Delibera di Giunta Regionale n. del, pubblicata sul BURP n. del...., è stata recepita la precitata nota ministeriale e sono state fornite, agli operatori del settore alimentare ed alle AA.SS.LL., indicazioni applicative del Decreto Legislativo 194/08, specificando che il versamento delle tariffe previste deve essere effettuato dagli operatori del settore alimentare senza una preventiva richiesta da parte della ASL territorialmente competente.

In applicazione della precitata Delibera di Giunta Regionale n. del ..., essendo trascorsi 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP della stessa, ed essendo stato accertato un mancato/incompleto pagamento della relativa tariffa, si comunica che la S.V. è tenuta al pagamento di un importo complessivo di euro....., calcolato prendendo a riferimento la fascia produttiva più onerosa (fascia C) - in quanto non si dispone di elementi per determinare l'entità produttiva presunta della sua attività per il 2009 - , e includendo la maggiorazione del 30% oltre agli interessi maturati nella misura legale. Tali interessi sono stati calcolati dal primo giorno successivo al 60° giorno dalla pubblicazione sul BURP della citata D.G.R. n. del..... sino alla data della presente richiesta.

Tale importo dovrà essere versato su Conto Corrente n. intestato a....., trasmettendo al Dipartimento di Prevenzione della A.S.L copia della ricevuta dell'avvenuto versamento.

Si avverte che in caso di mancato o incompleto pagamento della tariffa sopra riportata **entro 30 giorni** dalla notifica della presente, saranno avviate le procedure per la riscossione coattiva.

Qualora la sua attività non rientri nel campo di applicazione del Decreto Legislativo 194/08, la S.V. dovrà far pervenire apposita autodichiarazione all'Ufficio scrivente, entro 30 giorni dalla notifica della presente, utilizzando l'Allegato 2 alla citata D.G.R. n... del....., ai fini dell'annullamento della presente richiesta. Qualora la S.V. avesse già provveduto al pagamento della tariffa nei termini previsti, dovrà far pervenire, entro 30 dalla notifica della presente, apposita autodichiarazione corredata di copia dell'avvenuto versamento ai fini dell'annullamento della presente richiesta..

Sono fatti salvi ulteriori adempimenti o verifiche.

Per ogni chiarimento si prega di contattare i seguenti numeri telefonici.....

Le relative informazioni sono consultabili sul sito

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1499

Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (Art. 33 - 34 - 35 Legge n. 833/78).

L'Assessore alla Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Posizione Organizzativa "Funzione distrettuale e sovradistrettuale" dell'Ufficio n. 3, confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Nella Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 29 Aprile u.s. è stato approvato il Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Le Raccomandazioni - molto attese a livello territoriale - perseguono la finalità di pervenire ad una applicazione omogenea e coerente nelle Regioni delle procedure ASO e TSO, di cui agli articoli 33, 34 e 35 della Legge n. 833/78, e di esplicitare e chiarire l'applicazione di dette norme, la cui complessità è stata una delle maggiori cause della difformità delle procedure attuative poste in essere, nei decorsi anni, nelle ASL.

In estrema sintesi, il documento di Raccomandazioni, articolato in capitoli, indica dettagliatamente le procedure da adottare e dirime le più rilevanti questioni, emerse finora all'attenzione dei servizi pubblici, concernenti, nello specifico:

- le garanzie amministrative e giurisdizionali
- le procedure per l'accertamento sanitario obbligatorio
- le procedure per il trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera
- le procedure per il TSO extra ospedaliero
- la libertà di scelta del paziente
- l'individuazione del luogo in cui attuare il TSO
- le circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO
- le procedure ASO/TSO in età evolutiva.

Fornisce, altresì, l'indicazione di buone pratiche per i diversi attori chiamati in causa (Comuni, Polizia Municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero,

118, Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Tribunale per i Minorenni, Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco) ed individua nei protocolli applicativi lo strumento per la corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario.

In fase applicativa, viene dato mandato alle Regioni di garantire, sul proprio territorio, una diffusa conoscenza delle Raccomandazioni e di promuoverne l'applicazione.

Si prevede, a tal fine, di realizzare, nei mesi autunnali, un Seminario regionale di diffusione ed approfondimento delle predette Raccomandazioni, la cui organizzazione sarà oggetto di successivo provvedimento.

Si propone, pertanto, alla Giunta Regionale di recepire il "Documento di raccomandazioni in merito all'applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale", approvato nella Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 29 Aprile scorso, che fa parte sostanziale ed integrante del presente Atto, quale Allegato A.

Sezione Contabile:

"COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n. 28/01 e successive modifiche ed integrazioni

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

Il Dirigente del Servizio
Dott. Fulvio Longo

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale in virtù dell'art. 4, comma 4, lettera K) della L.R. 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 schema di provvedimento dalla Responsabile della P.O. e dal Dirigente del Servizio;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di recepire il “Documento di raccomandazioni in merito all’applicazione di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori per malattia mentale”, approvato nella Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 29 Aprile scorso, che fa parte sostanziale ed integrante del presente Atto, quale Allegato A;

- di dare mandato al Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed al Presidente dell’ANCI Puglia, con invito ad una capillare diffusione;
- di dare mandato al Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione di trasmettere il presente provvedimento ai Tribunali Ordinari ed ai Tribunali per i Minorenni della regione;
- di disporre, ai sensi della L.R. n. 13/94, la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

09/038/CR/C7

**RACCOMANDAZIONI IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DI
ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER
MALATTIA MENTALE
(ART. 33 – 34 – 35 LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833)**

Premessa

Il documento contiene indicazioni e raccomandazioni tese a facilitare l'applicazione, coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale, delle procedure ASO e TSO di cui agli articoli 33-34-35 della Legge 833/78. In questi articoli si trova il riferimento all'Art. 32 della Costituzione per il quale è lecito curare la salute di un cittadino, contro la sua volontà, solo nei casi previsti dalla legge. E' alla luce di questo principio che va letta la delimitazione, prevista dall'Art. 34, delle condizioni in cui ad una persona, affetta da malattia mentale, è lecito imporre interventi obbligatori.

Nel primo comma dell'Art 33 della Legge 833/78 leggiamo che "gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari". Con ciò viene affermato un duplice diritto: alla difesa della salute e alla libertà individuale nell'esercizio di questo diritto. Ogni forma di intervento sanitario che prescindendo dal consenso viene considerata un'eccezione, di cui restringere la portata, salvaguardando i diritti della persona dalle limitazioni che ne derivano. Da ciò una certa complessità delle procedure che regolano gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale. Questa complessità è una delle ragioni delle difformità di applicazione sul territorio nazionale, tra una regione e l'altra e, spesso, nella stessa regione, tra il territorio di una ASL e l'altro.

Questo documento si pone nella prospettiva di rimediare alla diversificazione delle procedure nell'esecuzione delle ordinanze per interventi sanitari obbligatori e vuole esplicitare e chiarire l'applicazione delle norme e fornisce l'indicazione di buone pratiche per i diversi attori chiamati in causa per l'applicazione delle procedure.

Le raccomandazioni saranno esposte nei seguenti capitoli:

- 1) *garanzie amministrative e giurisdizionali;*
- 2) *procedure per l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO);*
- 3) *procedure per il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in degenza ospedaliera;*
- 4) *procedure per il TSO extra ospedaliero;*
- 5) *libertà di scelta da parte del paziente;*
- 6) *individuazione del luogo in cui attuare il TSO;*
- 7) *circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO;*
- 8) *procedure ASO e TSO in età evolutiva*

Rendendo operative, nel modo più completo, le garanzie introdotte dalla legge, si migliora la risposta in termini di qualità della cura ed efficacia dei servizi che vi sono preposti, introducendo quei valori di trasparenza delle procedure, permeabilità dei luoghi di cura, valutabilità delle prestazioni, sempre più rilevanti nella nostra società. L'integrale applicazione delle norme darà più chiarezza alle procedure, favorirà una maggiore omogeneità di esercizio in tutto il territorio

nazionale. Sarà difeso così il diritto del paziente a ricevere cure nel pieno rispetto della sua dignità e della sua volontà e si ridurrà l'allarme sui rischi cui i medici vanno incontro a causa della complessità di queste norme, ridando tranquillità all'esercizio professionale anche nelle circostanze eccezionali previste dalla 833/78 per le alterazioni psichiche.

L'applicazione di tutte le procedure previste dalla legge può sembrare a qualcuno un inutile dispiegamento di atti burocratici. Ma prima di pensare a un eccesso formale di garanzie, dovremmo non dimenticare l'importanza dei diritti che sono con ciò garantiti, come quello alla libertà personale e il diritto di decidere sulla propria salute. Di fronte alla constatazione che non sempre la quantità di energie e tempo impiegati per gli adempimenti previsti dalla legge è proporzionale al risultato si dovrebbe valorizzare il significato pedagogico dell'applicazione della legge: si testimonia al paziente il rispetto personale e sociale cui ha diritto, realizzato anche con il puntuale rispetto delle leggi, si sottolinea l'importanza che la sua adesione volontaria ha per la progettazione condivisa di un intervento terapeutico, con ciò favorendo una contrattazione per una presa in carico post TSO da parte dei presidi e servizi territoriali.

Certamente la prospettiva migliore in cui affrontare e risolvere le difficoltà che si incontrano nella gestione degli interventi psichiatrici obbligatori è quella che nasce dalla loro collocazione nell'ambito della totalità della psichiatria e di una pratica di salute mentale. E' qui che ci si può interrogare sulla efficacia delle prestazioni di prevenzione, di cura e di riabilitazione; sulla adeguatezza delle risorse disponibili (non solo in termini di posti letto, ma anche di operatori qualificati sul territorio); sulla razionalità dell'organizzazione rispetto alle risorse disponibili e ai bisogni degli utenti; sulla integrazione della rete dei servizi. Soltanto soluzioni adeguate dei problemi della rete dei servizi di salute mentale, rendono credibile l'impegno, cui ci sollecita la legge, a riportare nell'ordinaria modalità di gestione del bisogno psichiatrico quelle che sono eccezioni, e cioè gli interventi fatti senza il consenso del paziente.

In fase applicativa le Regioni, e le Province autonome di Trento e di Bolzano, garantiranno, sul proprio territorio, una diffusa conoscenza di queste raccomandazioni e ne promuoveranno l'applicazione. A tal fine, se non l'hanno già fatto, favoriranno, nel territorio di competenza, la partecipazione di tutte le Istituzioni coinvolte (Comune, Polizia municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero, 118, DSM, SPDC, Servizi di NPIA, Tribunale dei Minorenni, Polizia di stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco, ecc.) in un coordinamento per l'attuazione una corretta applicazione delle procedure di intervento sanitario obbligatorio, anche attraverso la siglatura di protocolli applicativi; attiveranno programmi di formazione interprofessionale per la condivisione delle competenze necessarie.

Nel monitoraggio delle attività sanitarie una particolare attenzione sarà riservata ai servizi e alle prestazioni per l'urgenza psichiatrica e agli interventi sanitari obbligatori che eventualmente ne scaturiscono, sia in età adulta che in età evolutiva. I dati raccolti saranno utilizzati per implementare la prevenzione di ASO e TSO e per valutare l'adeguatezza dei servizi in modo da introdurre nei PSR eventuali correttivi.

Tutte queste iniziative sono condizioni necessarie, anche se non sufficienti, per rendere più esigibile, alla persona affetta da malattia mentale, il diritto alla salute, nel rispetto della sua dignità e con le minori limitazioni possibili della sua libertà.

1. Garanzie amministrative e giurisdizionali

La legge assicura garanzie alla persona sottoposta agli interventi sanitari obbligatori e fa corrispondere alle crescenti limitazioni della libertà personale livelli crescenti di garanzia.

Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del

cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo. Il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi sono gli elementi valutati per primi. Nel momento stesso in cui la legge impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti di cui deve poter usufruire nonostante il suo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al Tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi).

La procedura di ASO in cui l'ordinanza del Sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le condizioni in cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la eventuale necessità e forma della presa in carico. L'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate; può avvenire al domicilio del paziente, in un servizio territoriale o presso il Pronto Soccorso di un ospedale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

Il TSO extra ospedaliero è caratterizzato dalla sola garanzia amministrativa costituita dall'ordinanza del sindaco. La sua esecuzione viene realizzata in un luogo senza particolari vincoli di accesso, in contatto con i luoghi di vita. La prassi consolidata ha limitato la durata del TSO extra ospedaliero a giorni sette, in analogia con il TSO in degenza ospedaliera.

Per il TSO in degenza ospedaliera è previsto il massimo di garanzia: alla proposta iniziale, motivata, del medico, si deve aggiungere la convalida fatta da un medico appartenente alla unità sanitaria locale, che effettua una seconda valutazione. L'ordinanza del Sindaco attiva la procedura di TSO: nelle 48 ore che il Sindaco ha a disposizione dopo aver ricevuto la certificazione di convalida alla proposta di TSO, egli non deve svolgere nessuna indagine supplementare. L'intervallo di 48 è il tempo massimo in cui un apparato amministrativo deve potersi attivare. La riduzione di questo intervallo al minimo certamente giova ad una rapidità della risposta al bisogno del paziente ed è pertanto in questa direzione che i Comuni dovrebbero muoversi.

Entro le 48 ore successive all'avvenuto ricovero il sindaco fa notificare, a mezzo messo comunale, il proprio provvedimento al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

“Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti “ provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

Con ciò la legge dà facoltà al giudice di non accontentarsi dei documenti che gli sono pervenuti, ma di compiere indagini per una valutazione che non potrà essere solo della correttezza formale del provvedimento, ma anche nuova valutazione del caso cui il provvedimento si riferisce e quindi, anche valutazione sanitaria, per la quale utilizzerà i supporti tecnici necessari.

La durata di sette giorni del TSO in degenza ospedaliera implica la convinzione che questo tempo sia sufficiente a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del SPDC nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali, al fine di instaurare altre modalità di rapporto con il paziente che favoriscano la libera accettazione della cura, o forme attenuate di intervento obbligatorio come il TSO non ospedaliero; e comunque tali da garantire una continuità terapeutica.

Il TSO in degenza ospedaliera viene considerata dalla legge la forma massima della limitazione della libertà personale.

Quindi non è consentito un TSO extra ospedaliero che si configuri come un TSO ospedaliero senza le garanzie corrispondenti previste dalla legge.

Prima di avviare un intervento obbligatorio (accertamento o trattamento) è necessario che il servizio territoriale compia tentativi mirati a coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento; infatti la legge prescrive “iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è

obbligato" (Art. 33, comma 5). La legge indica inoltre la necessità, "per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori", di iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria. In tale fattispecie potrebbero rientrare programmi di prevenzione centrati sui casi per i quali siano stati attivati TSO ripetuti, nell'ambito di programmi di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti c.d. dalla porta girevole.

Va ribadito che solo l'attualità delle alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento necessario giustificano il TSO.

Qualsiasi medico è abilitato al riconoscimento della presenza di "alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici" (L.: 833/78, Art.34, comma 4), ma ove siano presenti servizi territoriali di salute mentale, è lo psichiatra incardinato in tali servizi, o l'équipe territoriale, a intervenire direttamente.

Si ricorda che il Commissario europeo ai diritti civili ha censurato la legislazione italiana che, in materia di interventi obbligatori per malattia mentale, non prescrive l'intervento di uno psichiatra.

Quanto alla "ulteriore durata presumibile del trattamento" di cui parla la legge, nella prassi corrente vi è la tendenza ad applicare il limite di sette giorni. Questo è un esempio di una ulteriore garanzia offerta al paziente perché comporta l'introduzione, nel trattamento, di una periodica rivalutazione. La continuazione della degenza in TSO, con relativa limitazione della libertà personale, richiede una convalida amministrativa (dal Sindaco) cui segue la convalida giurisdizionale (da parte del Giudice tutelare).

Garanzie supplementari scaturiscono, per il TSO extra ospedaliero, dalla possibilità offerta a chiunque di "rivolgere al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il TSO".

Per il TSO in degenza ospedaliera "chi è sottoposto a TSO, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare". Anche il Tribunale ha facoltà di fare una indagine supplementare e quindi pronunciarsi in merito al provvedimento impugnato.

Non è forse superfluo precisare che quando la legge prescrive che la proposta e la convalida mediche siano motivate intende che accanto agli elementi che permettono l'identificazione certa della persona oggetto dell'intervento e gli elementi di identificazione degli estensori della proposta e della convalida (il giudice tutelare cui è demandato il compito di convalidare o non convalidare l'ordinanza del sindaco, deve poterli consultare, se necessario, per ulteriori chiarimenti e informazioni), siano riassunte le informazioni che rendono comprensibile la situazione, raccolte e descritte le emergenze riscontrate di persona che hanno portato i medici alla convinzione che fosse necessario un TSO. La motivazione quindi non può limitarsi alla diagnosi e alla valutazione della gravità del caso, ma deve riportare gli elementi raccolti a prova della sussistenza delle condizioni dalla legge per il TSO. E' opportuno, per il TSO in degenza ospedaliera, ma anche per l'ASO e per il TSO extraospedaliero, che siano documentati gli interventi fatti "per assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato". In questi ultimi casi, sarà così evitata, di fronte a contestazioni e ricorsi all'autorità amministrativa e al Tribunale, la necessità di raccogliere a posteriori una documentazione che giustifichi l'intervento del medico.

Il diritto riconosciuto all'infermo, nel corso del TSO, di comunicare con chi ritenga opportuno, costituisce una ulteriore garanzia per il paziente. Non solo è un rimedio contro l'isolamento ma anche contro i soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo, ed anche rimedio al timore di esserlo.

Le persone ricoverate volontariamente in SPDC, se viene meno il loro assenso alle cure dovrebbero essere dimesse, salvo il configurarsi di una situazione di urgenza o l'esistenza delle condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, che deve essere attivato con le garanzie previste dalla legge.

2. Procedure per l'ASO

La procedura dell'ASO per malattia mentale mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, anche nei casi in cui il disturbo mentale possa essere di natura tale da menomare la consapevolezza stessa della malattia. L'ASO è pertanto una procedura attivabile solo allo scopo di poter garantire la migliore decisione in merito alla necessità di attivazione di un trattamento. C'è unanime consenso che al fine di garantire la migliore valutazione possibile, questa debba essere assicurata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale. Soprattutto nei casi di ASO proposti dal DSM sarebbe opportuno che a valutare il paziente fosse sempre il medico territorialmente competente o un altro medico della stessa équipe.

Nel caso di cittadini già precedentemente in cura psichiatrica, le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura precedentemente il paziente, le richieste di intervento, avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che devono sollecitare l'intervento del medico ma non possono mai essere automaticamente sufficienti a motivare la richiesta di un ASO.

La proposta di ASO può essere avanzata sia da un medico del DSM che da altro medico.

a) Il medico del DSM potrà proporre l'ASO solo nei casi in cui:

1. in base alle informazioni avute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o ennesima) valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma lo psichiatra non riesca a visitare il cittadino perché ha potuto sperimentare personalmente che la persona in questione (sia essa o meno già conosciuta) si sta sottraendo attivamente al contatto (allontanamento al momento dell'incontro, chiusura e rifiuto di permettere il contatto, non disponibilità a concordare appuntamenti associata o meno a ripetute irreperibilità)
2. nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il TSO, non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida prevista dalla legge, per il rifiuto attivo del paziente.

b) Il medico non psichiatra (Medico della Medicina Generale, della Continuità terapeutica, del 118) potrà proporre l'ASO, oltre che nelle due condizioni precedenti, anche allorquando, pur avendo potuto visitare il cittadino, nutrendo un dubbio sulla attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di TSO ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

La proposta motivata contiene anche indicazioni sul luogo più opportuno – anche perché più accettato dal paziente – per l'esecuzione dell'ASO. Precisato questo e richiamato come appartenente alle buone pratiche il previo accordo del medico proponente con il Dirigente medico psichiatra della struttura pubblica (quando egli stesso non ricopra tale ruolo) su luogo, tempi e modalità di esecuzione dell'ASO, in linea generale è preferibile che l'ASO sia praticato in un servizio territoriale, in primo luogo nel CSM, ma anche in un Centro di salute o in un ambulatorio di medicina generale e, nelle ore di loro chiusura, al Pronto soccorso del presidio ospedaliero.

La proposta motivata deve essere inoltrata al Sindaco del Comune dove si trova la persona oggetto della stessa. Non è necessaria convalida da parte di un secondo medico (Art. 33 comma 4).

In ogni caso l'ASO non può essere svolto negli spazi di degenza del SPDC.

L'ordinanza sindacale di ASO è eseguita dalla Polizia municipale che accompagna la persona al luogo indicato perché vi si svolga l'accertamento richiesto. Il personale sanitario del DSM svolge funzioni di assistenza se, e quando, il DSM disponga di un Servizio di intervento per l'urgenza psichiatrica; altrimenti sarà coinvolto il personale del Servizio del "118".

Non è richiesta la notifica dell'ordinanza al giudice tutelare.

Appartiene alla prassi consolidata ritenere che un'ordinanza di ASO, non eseguita entro 48 ore, non sia più valida e si richieda una nuova proposta.

3. Procedure per il TSO in degenza ospedaliera

La procedura di TSO in degenza ospedaliera viene avviata dalla proposta motivata di un medico che, avendo fatto di persona e in presenza la valutazione clinica, certifica l'esistenza delle condizioni richieste dalla legge per avviare detta procedura; la quale è possibile:

- a) "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici";
- b) "se gli stessi non vengano accettati dall'infermo";
- c) "se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere".

Condizione essenziale per l'attivazione è che la proposta sia convalidata dalla certificazione di un medico, della Azienda sanitaria pubblica, che faccia, di persona, una seconda valutazione e la descriva in modo da motivare la convalida.

Il personale medico del servizio di continuità assistenziale ha i requisiti previsti dall'art. 34 per il medico che deve convalidare la proposta di TSO: è cioè equiparato al personale medico della struttura sanitaria pubblica. Tuttavia la presenza nelle ASL/AO di servizi dipartimentali di salute mentale permette di garantire la pratica, già ampiamente diffusa e da raccomandare perché diventi la pratica dominante, dell'intervento di uno psichiatra del servizio pubblico, almeno nella fase di convalida del TSO. Nulla vieta che proponente e convalidante si parlino e decidano insieme; in tal modo tutte le potenzialità del sistema che richiede l'intervento di due medici potrebbero essere usate a favore del paziente piuttosto che per realizzare una garanzia che rischia di essere puramente formale.

Medico proponente e medico convalidante si assicureranno che la propria certificazione giunga al sindaco del comune dove fisicamente si trova il paziente. Il sindaco, avendo, entro le 48 ore successive, stilata l'ordinanza dà mandato alla Polizia municipale di eseguirla.

La titolarità della procedura di TSO appartiene alla Polizia municipale in tutta la fase di ricerca dell'infermo e del suo trasporto al luogo dove inizierà il trattamento; al personale sanitario spetta la collaborazione per suggerire le precauzioni opportune per rendere meno traumatico il procedimento e per praticare gli interventi sanitari che si rendessero necessari. La collaborazione tra le due componenti permetterà di conciliare sicurezza e qualità dell'assistenza.

Quindi la Polizia municipale è presente per tutta la fase di attuazione del TSO, fino al ricovero in SPDC, esercitando ogni sollecitazione necessaria per convincere il paziente a collaborare, nel rispetto della dignità della persona.

La Polizia municipale attiva, se non sono già stati attivati, i servizi della ASL, in applicazione dell'art 33, il quale stabilisce che ASO e TSO sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali.

Nelle ore di apertura dei servizi territoriali o se nel DSM competente per territorio è attivo un servizio di urgenza psichiatrica, sarà compito di questo fornire il personale per l'assistenza sanitaria sempre necessaria durante l'attuazione dell'ordinanza di TSO e quindi per accompagnare il paziente al SPDC indicato nell'ordinanza di ricovero. Per le ore della giornata in cui il servizio di urgenza non è ufficialmente in funzione, e nei luoghi dove non esiste affatto, sarà il "118" a garantire l'intervento sanitario pubblico necessario per l'attuazione del TSO. Queste raccomandazioni si applicano alle situazioni per le quali non è stata trovata una organizzazione soddisfacente e stabile. Non vanno a inficiare quelle pratiche che hanno trovato un assetto positivo con una diversa organizzazione e/o grazie ad accordi efficaci con il Servizio del "118".

Nei protocolli locali, stilati con la partecipazione di tutte le istituzioni interessate, saranno previste le modalità con cui le diverse agenzie garantiscono personale e altre risorse necessarie, compresa l'ambulanza, o altri mezzi di trasporto da utilizzare.

L'accettazione in SPDC richiede l'esecutività dell'ordinanza di TSO.

Le 48 ore disponibile per la notifica, da parte del messo comunale, al giudice tutelare dell'ordinanza di TSO in condizioni di degenza ospedaliera, decorrono dal momento del ricovero che viene attestato dal medico accettante con firma autografa su copia dell'ordinanza del sindaco, che gli è presentata dalla Polizia municipale accompagnante il paziente in SPDC, o con certificato a parte.

L'eventuale prolungamento della durata del TSO, dopo la scadenza dei primi sette giorni, avviene in seguito a una proposta motivata del Responsabile del SPDC, in cui il paziente è stato ricoverato, al Sindaco. La dizione "in tempo utile", che è inserita nella descrizione della procedura, è comunemente intesa nel senso che deve giungere al Sindaco 48 ore prima della scadenza del TSO perché questi sono i termini temporali indicati nel primo comma dell'Art. 35. Nella prassi corrente il rinnovo del TSO avviene, se è ancora necessario, ogni sette giorni.

4. Procedure per il TSO extra ospedaliero

Le caratteristiche del TSO extra ospedaliero si sono andate chiarendo a partire dalle formulazioni introdotte dalle leggi regionali in materia che hanno dato un contributo interpretativo e non solo applicativo, alla legge. La disomogeneità di applicazione, nelle diverse realtà locali, porta a formulare raccomandazioni più precise di quelle adottate per le altre circostanze e sollecita a un monitoraggio più attento delle modalità di esecuzione della procedura e sui luoghi deputati alla sua realizzazione.

Quello extra ospedaliero si configura come la forma di TSO attivabile nel caso in cui, pur sussistendo le prime due condizioni previste per il TSO in degenza ospedaliera, e cioè le alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici e la non accettazione degli stessi da parte dell'infermo, manca invece la terza ed è quindi possibile "adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere".

L'ordinanza di tale TSO si caratterizza per il fatto che obbliga una persona a curarsi, ma il luogo non è vincolato a precise caratteristiche. Il luogo costituisce solo parte delle condizioni materiali che permettono alla cura (qualunque modalità di cura indicata dal medico) di essere praticata e verificata. La logica del TSO extra ospedaliero è che la cura non incida troppo negativamente sulla vita del paziente, venendo a limitarla più di quanto il disturbo psichico o la malattia mentale non la limitino. I luoghi più spesso indicati sono la casa del paziente (con l'attivazione di visite domiciliari), il Centro di salute mentale (obbligando il paziente a visite ambulatoriali).

Nella pratica corrente l'ordinanza di TSO extra ospedaliero da parte del Sindaco viene spesso comunicata al giudice tutelare, benché tale atto non sia richiesto dalla legge. Si tratta di una garanzia aggiuntiva per il cittadino vista come persona in una situazione di debolezza e meritevole di una protezione supplementare. Una tale segnalazione permette al giudice tutelare, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti previsti dal comma 2, dell'Art. 35, di mettere in atto quanto previsto in detto articolo: "qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo". A ciò vanno aggiunti i benefici previsti dalla Legge 6 del 9, 01, 04 sull'Amministratore di sostegno. Questa pratica, benché non obbligatoria, va tuttavia raccomandata sia al sindaco che emette l'ordinanza, sia al medico che fa la proposta.

Per il TSO extra ospedaliero vale quanto indicato dal comma 4 dell'art. 33: "i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali". Spettano quindi ai servizi del DSM. Questo viene ribadito dal comma 3 dell'art. 34.

5. Libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di ASO/TSO

L'Art. 33, comma 2, ricorda che anche gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non debbono violare il principio del "rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici", compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Quest'ultimo viene limitato dall'espressione "per quanto è possibile". Pertanto deve essere garantita al paziente la libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti dalla disponibilità di posti letto e da quelli imposti dalla precauzione di non sottoporre il paziente ad un viaggio di trasferimento di durata eccessiva. Comunque occorre verificare la disponibilità, del servizio scelto dal paziente, ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l'impegno a favorire il ritorno al DSM inviante. Di questa mediazione si farà carico il DSM del luogo dove avviene l'avvio della procedura di TSO.

La scelta del paziente, che non è stato possibile rispettare nell'immediato, deve sempre essere tenuta presente ed esaudita "per quanto è possibile", conciliandola con i vantaggi che scaturiscono dal mantenere il paziente più vicino possibile al contesto di vita, valorizzando la territorialità dei servizi come garanzia di continuità della presa in carico curativa ed assistenziale.

6. Individuazione del luogo in cui attuare il TSO

Il sindaco, dovendo indicare il luogo dove trasportare l'infermo, deve conoscere la disponibilità di un posto letto in SPDC e quindi decidere per l'SPDC più vicino sulla base delle informazioni che il sistema 118 raccoglie e fornisce.

Tutti gli SPDC dovrebbero avere una organizzazione abbastanza elastica per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e di personale, tale da accogliere provvisoriamente in TSO un paziente che sia giunto in reparto nonostante tutte le precauzioni adottate per evitare un ricovero su posto soprannumerario. Per questi casi la ricerca del posto letto definitivo è un compito la cui soluzione va attribuita con chiarezza e spetterà ai protocolli locali dare indicazioni in materia. Per il trasferimento del paziente occorre una nuova ordinanza del sindaco e il paziente viene trasportato dall'ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l'ordinanza.

Il ricovero in un SPDC fuori Regione, in caso di mancanza di posti letto, si giustifica con la necessità di ottemperare all'obbligo della cura. Per ridurre al minimo il disagio del paziente si dovrebbe rispettare sempre il criterio di scegliere il SPDC più vicino.

Anche i trasferimenti di pazienti, dal SPDC indicato nell'ordinanza di TSO a quello di residenza del paziente, devono avvenire nel rispetto della dignità della persona e attuati per favorire i benefici di una successiva, più adeguata, presa in carico che garantisca una continuità terapeutica.

Questa esigenza mette in secondo piano il rispetto di modalità organizzative troppo rigide o di regole amministrative (salvo quelle già codificate per quanto riguarda la mobilità sanitaria) e tiene conto delle reali condizioni di vita, di scuola e di lavoro che possono vedere il paziente soggiornare in un luogo diverso dalla residenza formale.

7. Circostanze in cui non si applicano le procedure ASO/TSO

E' bene ricordare che la legge restringe in modo puntuale le circostanze in cui si è legittimati ad attivare una procedura di TSO: non ogni disturbo psichico o ogni rifiuto del paziente sono condizioni sufficienti. L'assenza delle condizioni per il TSO, insieme con la mancata accettazione volontaria di interventi terapeutici, non esime il medico dal mantenere un'attenzione alla situazione del paziente, attivando interventi che garantiscono la permanenza di qualche forma di interazione nel tempo e favoriscano la motivazione del paziente alla cura.

Esistono poi interventi che non necessitano dell'attivazione di un TSO: l'esempio tipico è costituito dai disturbi di coscienza, o dalle gravi forme di deterioramento mentale su base organica, in cui il paziente non è in grado di esprimere né consenso né dissenso.

Gli urgenti interventi terapeutici citati dalla legge come una delle determinanti della proposta di TSO, non sempre configurano una situazione di urgenza psichiatrica in senso proprio. Va ricordato che, per pacifico riconoscimento della letteratura dedicata al tema, l'urgenza vera è rara in psichiatria. Ma, quando si presenta, la situazione richiede un'assistenza sanitaria non discontinua e il dovere del medico è assicurarla con la propria presenza e/o attraverso l'attivazione di tutte le misure, compreso il ricovero, atte a salvaguardare il paziente. Il dovere di curare è allora prevalente e comporta che il medico non abbandoni il malato senza essersi assicurato che altri, e più adeguatamente, intervengano. In questi casi far ricorso unicamente alle procedure ASO e TSO, può essere inadeguato rispetto alla gravità dell'urgenza, soprattutto se la loro attivazione comporta un allungamento pericoloso dei tempi necessari alla creazione di adeguate condizioni di assistenza.

Pertanto il medico, qualora ravvisi condizioni eccezionali di necessità ed urgenza e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni e non differibili ed attivando le altre agenzie dell'emergenza, sia sanitaria che delle forze dell'ordine. Messa in atto i provvedimenti urgenti, qualora persista ancora la necessità di interventi terapeutici e si trovi di fronte al rifiuto del consenso da parte dell'infermo, se ricorrono le altre condizioni previste dall'Art. 34 della Legge 833/78 il medico deve dare avvio alla procedura per il TSO.

In particolare, quando il medico ha la convinzione che nella situazione con la quale è venuto a contatto ci sia un rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, rischio legato non solo al comportamento del paziente ma anche alle caratteristiche dell'ambiente di vita, è bene che oltre ad attivare interventi sanitari, richieda anche l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza. Queste forme di collaborazione diventeranno efficaci se ci sarà una certa sintonia tra le diverse istituzioni; la collaborazione andrà programmata, regolamentata attraverso intese e protocolli, monitorata e periodicamente valutata.

Va ricordato che tra le motivazioni del TSO non sono previste né l'incapacità di intendere e di volere, né lo stato di pericolosità. Il TSO non è, in questi casi, lo strumento di elezione, per il suo carattere sanitario, destinato a facilitare la cura e non la scomparsa della pericolosità.

Il rifiuto del trattamento di una malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica, che però deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta. Inoltre va ricordato che il TSO autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente, salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita. Il punto centrale della norma che regola il TSO non è il rifiuto dell'intervento medico ma il bisogno di intervento per disturbo psichico.

Non si può negare che esistano rifiuti delle cure fisiche che sono irrazionali in persone non in grado di valutare l'incidenza della malattia non curata sul proprio destino e non capaci di ricevere e comprendere le informazioni sul proprio stato di salute necessarie per prendere una decisione consapevole. In questi casi la legge prevede le procedure che portano alla valutazione della capacità di intendere e di volere e le modalità degli interventi legali.

In conclusione le norme TSO non sono applicabili, in linea generale, per far fronte al rifiuto di intervento da parte del paziente affetto da patologie somatiche.

8 Procedure ASO e TSO in età evolutiva

Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di ASO e TSO siano date per scontate le stesse procedure e i luoghi degli adulti, dall'altro non vanno dimenticati il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i Minorenni, e la specifica complessità del problema del consenso nei minori. Si pongono quindi alcuni nodi critici, che cercheremo di affrontare per definire una griglia decisionale per la gestione dei contrasti.

Il consenso alle cure nel rapporto tra genitori e minore.

Nel rapporto con i bambini e ragazzi, il "consenso" a specifici atti sanitari e la semplice collaborazione alla conoscenza della situazione da parte del clinico è sempre un processo di incontro, più che l'adesione a una scelta dicotomica sì-no.

Considerando gli aspetti normativi, il consenso alle cure è giuridicamente rilevante "solo se è valido", cioè prestato da un soggetto maggiorenne. Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Ciononostante, le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale ed internazionale pongono fortemente in crisi tale posizione, considerando il Consenso non un *atto contrattuale* bensì un *atto giuridico unilaterale*.

A ciò consegue che esso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (*capacità naturale*), accordabile anche all'infradiciottenne.

Per maggiore chiarezza appare opportuno parlare di "assenso/dissenso" del minore "maturo" alle cure e non di consenso. Anche se tale terminologia non è riconosciuta sul piano strettamente giuridico, è dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l'assenso/dissenso del minore e, quando sia "idoneo all'assunzione di responsabilità", tentare di "tenere conto" della sua volontà.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore maturo relativamente ad atti medici che incidano significativamente sulla integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, sempre più si considera che il parere dei genitori non possa semplicemente prevalere sul parere del minore, ma che sia opportuno un intervento del Giudice Tutelare, in quanto garante del suo diritto di autodeterminazione. Poiché in generale gli adolescenti non sono consapevoli di tale diritto, dovrebbe essere compito del medico garantirne l'esercizio, ricorrendo al Giudice Tutelare ogni qual volta sia opportuno un garante esterno.

Un ulteriore punto critico è il rifiuto alle cure da parte di uno o di entrambi i genitori, quando esso generi una condizione di grave pregiudizio per la salute del minore. Il diritto alla salute è infatti riconosciuto al minorenne innanzitutto nei confronti dei genitori, che ne sono i primi garanti. In mancanza delle condizioni minime necessarie, la legge prevede che siano attivati interventi di sostegno da parte dei servizi di assistenza socio-sanitaria. Nei casi più gravi è previsto l'intervento del Tribunale per i Minorenni, che è l'unico organo giudiziario che ha il potere di intervenire a

salvaguardia del diritto alla salute del minore in situazione di pregiudizio per il mancato consenso o per la mancata collaborazione dei genitori alle cure.

Il Giudice Tutelare ha invece il ruolo di garante nell'ambito dei ricoveri psichiatrici non volontari: ma cosa si può intendere per non volontarietà in età evolutiva? ASO e TSO dell'adulto agiscono infatti nel caso di rifiuto "dell'infermo", presumendo che sia necessario un intervento della collettività poiché un suo membro è transitoriamente incapace, a causa della grave patologia psichiatrica da cui è affetto, di autodeterminarsi liberamente, ed è inconsapevole della propria malattia. Si può estendere il concetto a qualcuno che non sia l'infermo stesso?

Il Tribunale per i Minori e il Giudice Tutelare

La disforme collocazione dei Servizi di NPI nell'ambito Materno Infantile, del DSM o della Riabilitazione, in Ospedale o nei Distretti sociosanitari, ha contribuito a determinare prassi operative diverse. I dati disponibili evidenziano inoltre una disparità tra TSO e ricoveri psichiatrici in età evolutiva. Nell'ultimo quadriennio infatti la media ISTAT di TSO nei confronti di minori 12-18 anni è stata di 70 (settanta) casi all'anno in tutta Italia, a fronte di 6000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18. Ciò dimostra che nella grandissima maggioranza dei casi le soluzioni individuate sono altre.

Le funzioni attribuite dalla Legge al Tribunale per i Minori e al Giudice Tutelare sono diverse.

Il Giudice Tutelare ha prevalentemente la funzione di garantire la tutela dei soggetti che non sarebbero per diversi motivi, transitori o permanenti, in grado di tutelarsi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorità nei confronti del soggetto. Nelle procedure del TSO il GT assume lo stesso ruolo, senza una specializzazione in ambito minorile.

Il Tribunale per i Minorenni invece è organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario.

L'operatore sanitario, a maggior ragione se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l'effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è infatti tenuto a darne segnalazione all'Autorità competente per i minori.

Le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il TM, che ha il compito di valutare se effettivamente esista un problema di tutela, e se conseguentemente sia necessario attivare il Tribunale per i Minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale.

Solo raramente tale azione giunge fino al decadimento della potestà ed alla sostituzione con un ente che ha il compito di compiere tutti gli atti nell'interesse del minore. Nella maggior parte dei casi avviene invece la prescrizione degli interventi specifici necessari ed il tribunale riveste il ruolo di risorsa esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il Giudice minorile incarna una figura autorevole e neutrale, (altrimenti assente dalla scena, il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l'équipe curante).

Nei casi di assoluta urgenza, nei quali bisogna assumere un provvedimento immediato nello spazio di poche ore, è possibile la segnalazione diretta al Tribunale per i Minorenni.

I luoghi per la cura

Nell'adulto, il TSO è considerato elemento di garanzia verso il rischio di abuso di interventi non appropriati e lesivi della libertà personale (garanzia che rientra anche nei compiti istituzionali del TM), ed il legislatore specifica che "la cura dei pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, volontario od obbligatorio, è prestata dai e nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)".

Nei casi in cui si reputi opportuno il ricorso al TSO nei minori, è necessaria la previsione di buone pratiche specifiche, attivando azioni che evitino il paradosso per cui le tutele previste per la

riduzione dello stigma del paziente psichiatrico adulto non sono adeguate per il paziente psichiatrico adolescente: questi può infatti trovarsi in ambienti ospedalieri incapaci di gestirlo e contenerlo, o con pazienti psichiatrici adulti, oppure in situazioni extraospedaliere usate di necessità come succedaneo degli inesistenti luoghi di ricovero per adolescenti con disturbo psichiatrico maggiore. Nell'ambito dei minori è quindi particolarmente opportuno da un lato che le Regioni codifichino e applichino in maniera omogenea le procedure e le garanzie connesse all'istituto del TSO extraospedaliero, e dall'altro che si attivino nella direzione di strutture di ricovero ospedaliero specifiche, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero psichiatriche o pediatriche.

I minori, al termine della eventuale parentesi ospedaliera acuta, hanno inoltre bisogno di spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali. Il punto di reale maggiore criticità nella gestione di percorsi di tutela della Salute Mentale in età evolutiva soprattutto in condizioni di emergenza e urgenza, sta proprio nella carenza di risorse e di strutture specificamente dedicate ai minori. E' perciò necessario che le Regioni attivino una rete omogenea e integrata di reparti e servizi territoriali di NPIA, con personale specificamente formato per la gestione globale dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (specifici sia per le caratteristiche cliniche che per la frequentissima comorbidità con disturbi di altro asse).

Analoga attenzione va quindi dedicata allo sviluppo della rete di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per adolescenti al fine di evitare ricoveri impropri e/o prolungare i termini delle dimissioni trasformando situazioni cliniche urgenti ma gestibili in presenza di risorse idonee, in emergenze di difficilissima gestione e con un alto rischio aggiuntivo di aggravamento e di cronicizzazione, ad esempio per effetto della discontinuità indotta dalla distanza tra l'ambiente di vita e il luogo di ricovero.

Altro nodo critico è rappresentato dal servizio di emergenza 118: si rileva la necessità di protocolli procedurali e organizzativi riguardanti il trasporto di un paziente minore con urgenza psichiatrica, per il quale finora si determina un'assoluta disomogeneità degli interventi in emergenza, che può giungere fino al rifiuto dell'intervento da parte del 118.

Urgenza indifferibile: così come per gli adulti, a maggior ragione per i minori, è opportuna una grande attenzione nella valutazione delle condizioni che autorizzino il ricorso a questa fattispecie, spesso fortemente condizionata da fattori esterni allo stato clinico. In ogni caso, è buona pratica cogliere ogni occasione per rinegoziare con il paziente e i familiari un possibile consenso e ogni possibile alleanza per il trattamento.

Le linee di indirizzo operativo

Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico infantile per quanto riguarda gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale si possono porre cinque diverse situazioni, secondo quanto elencato in tabella.

	<i>Minore "maturo"</i>	<i>Genitori</i>	<i>Procedura</i>
a.	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b.	Assenso	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori
c.	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o entrambi i genitori	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori <i>oppure</i> ASO/TSO ospedaliero/

			TSO extraospedaliero
d.	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	ASO/TSO ospedaliero/ TSO extraospedaliero
e.	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla Procura del Tribunale dei minori

Situazione a.: Sia il minore che entrambi i genitori danno il proprio assenso ad accertamenti e cure e sono sufficientemente collaboranti. Non vi è necessità di investire autorità esterne e si procede secondo quanto man mano necessario e concordato, che si tratti di valutazioni o trattamenti ambulatoriali od ospedalieri.

Situazione b.: Il minore dà il proprio assenso alle cure, ma uno o entrambi i genitori rifiutano. L'elemento principale è rappresentato dalla mancata collaborazione di uno o entrambi i genitori, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. Se ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, appare necessaria la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

Situazione c.: Né il minore né i genitori danno il proprio assenso alle cure, o vi acconsente uno solo dei genitori. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto e dalla mancata collaborazione generalizzata, spesso all'interno di una dinamica fortemente conflittuale. In genere, ciò configura uno stato di grave pregiudizio per la salute del minore, che richiede la segnalazione alla Procura del presso il Tribunale per i Minorenni.

A volte può invece essere opportuno attivare in prima battuta la procedura dell'ASO o del TSO extraospedaliero (che peraltro hanno il vantaggio di segnalare comunque la situazione anche al sindaco), attraverso i quali rinegoziare il consenso, e lasciare l'eventuale segnalazione al TM ad un secondo momento.

Situazione d.: Il minore non acconsente alle cure, mentre entrambi i genitori danno il proprio consenso e la situazione ambientale e familiare appare adeguata e collaborante. L'elemento principale è rappresentato dal rifiuto dell'infermo; e in questo caso appare opportuno il ricorso ad ASO e TSO (extraospedaliero o ospedaliero).

Situazione e.: Il minore non acconsente alle cure, i genitori esprimono formalmente il proprio consenso, ma la situazione ambientale familiare nel suo complesso appare di pregiudizio per la salute del minore: appare comunque opportuno per motivi clinici che la prescrizione avvenga da parte di un'autorità esterna nei confronti del nucleo familiare nel suo complesso e non solo nei confronti del minore.

In questo caso appare più opportuna la segnalazione alla Procura presso il TM, evidenziando non solo la situazione complessiva e le motivazioni del pregiudizio, ma anche tutto quanto è stato messo in atto per giungere al consenso del minore, e gli interventi necessari per modificare la situazione di pregiudizio.

In conclusione: si evidenzia come i nodi critici affrontati siano tali da richiedere la formazione di un *consensus specifico*, che consenta l'omogeneità degli interventi a tutela del diritto alle cure nel rispetto del "consenso" declinato all'interno del rapporto tra genitori e minore.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1500

Avvio Collaborazione con il Servizio Comunicazione Istituzionale per l'elaborazione di un piano di comunicazione nel corso della Pandemia Influenzale da virus A H1N1.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata e confermata dal Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Nella gestione delle emergenze sanitarie l'informazione svolge un ruolo primario poichè i bisogni informativi della popolazione e degli operatori richiedono risposte in tempo reale.

La diffusione del nuovo virus A (H1N1) è stata dichiarata dall'OMS un'emergenza sanitaria internazionale che necessita di una risposta globalizzata e coordinata di informazione a fini di prevenzione e controllo per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Informare in modo univoco e coerente la popolazione sulla nuova influenza A/H1N1 (empowerment), ad esempio sintomi, gravità, rischi di complicanze, comportamenti da adottare in caso di comparsa di sintomatologia riferibile e in caso di contatti stretti con casi confermati, etc.
- Informare sulle misure di sorveglianza, di prevenzione e cura e in modo particolare sulla strategia vaccinale adottata motivandone in modo autorevole le scelte
- Informare la popolazione target sull'importanza di aderire alla vaccinazione
- Informare sui comportamenti di igiene e protezione individuale utili a limitare la diffusione del virus (corretto lavaggio delle mani, uso di mascherine, etc.)
- Informare sull'uso corretto degli antivirali.

Considerato che il Piano pandemico nazionale tra le misure da adottare in fase di crisi indica la realizzazione di una strategia informativa che garantisca la chiarezza, la tempestività, l'omogeneità e l'affidabilità dell'informazione diffusa e rafforzi la credibilità delle istituzioni.

Tenuto conto che sulla base di queste indicazioni il Comitato Pandemico Regionale nella seduta del 31 luglio 2009 ha deciso l'elaborazione di un piano per la comunicazione da realizzarsi in collaborazione con il Servizio Comunicazione Istituzionale della Regione Puglia ed il Servizio ATP dell'Assessorato alle politiche della salute, che deve mirare a provvedere a:

- definire messaggi chiari, omogenei, condivisi a livello nazionale e locale, elaborati sulla base della percezione collettiva del rischio;
- consolidare i rapporti con mezzi di comunicazione di massa a tutti i livelli
- preparare materiale informativo ad hoc
- elaborare e diffondere comunicati ad uso dei media
- attivare canali informativi con il pubblico (newsletter, posta elettronica, siti web, linee telefoniche dedicate, etc.)
- predisporre materiale informativo dedicato e conferenze audio e video
- realizzare percorsi formativi.

Considerato che per il Piano Nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 9/02/2006, sul bilancio di previsione 2009, capitolo di spesa 712038, risultano stanziati euro 807.000,00, pertanto, disponibili anche per la comunicazione;

considerata la deliberazione di G.R. n. 89 del 31 gennaio 2008, recante "Linee guida di indirizzo per le attività di informazione dei settori della Regione Puglia" e la deliberazione di G.R. n. 90 del 31 gennaio 2008, recante "Linee guida di indirizzo per le attività di comunicazione istituzionale dei settori della Regione Puglia", nelle quali si indica la necessità di un raccordo con il Settore Comunicazione Istituzionale allo scopo di omogeneizzare l'immagine della Regione Puglia, di semplificare ed uniformare il linguaggio di comunicazione, di determinare una migliore razionalizzazione della spesa pubblica in tema di comunicazione, si ritiene utile ed opportuno investire il Servizio Comunicazione Istituzionale per impostare tecnicamente e gestire le gare di appalto che si dovessero rendere necessarie per la progettazione grafica, redazione, realizzazione, stampa e diffusione, del diario in epigrafe.

Tanto premesso si propone di:

- avviare una collaborazione con il Servizio Comunicazione Istituzionale per la elaborazione di un piano di comunicazione da realizzare in collaborazione con il Servizio ATP sulla base delle indicazioni emerse nel corso della riunione del comitato Regionale Pandemico del 31/07/09;
- dare mandato al Dirigente del Servizio Comunicazione Istituzionale di impostare tecnicamente e gestire le gare di appalto necessarie per la progettazione grafica, la redazione, la realizzazione, la stampa e la diffusione, degli strumenti di comunicazione che verranno decisi nell'ambito del Comitato regionale Pandemico curando il coordinamento dell'immagine della Regione Puglia e semplificando ed uniformando il linguaggio di comunicazione, anche in considerazione del target dei destinatari;
- di disporre la pubblicazione urgente del presente provvedimento sul BURP.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della l.r. 28/2001 e s.m. e i.

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

Il Dirigente del Servizio ATP
Dott. Fulvio Longo

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 del Servizio ATP;

a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di approvare quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato;
- di dare atto della necessità che il Piano pandemico nazionale tra le misure da adottare in fase di crisi indica la realizzazione di una strategia informativa che garantisca la chiarezza, la tempestività, l'omogeneità e l'affidabilità dell'informazione diffusa e rafforzi la credibilità delle istituzioni;
- di dare avvio ad una collaborazione con il Servizio Comunicazione Istituzionale per la elaborazione di un piano di comunicazione da realizzare in collaborazione con il Servizio ATP sulla base delle indicazioni del comitato Regionale Pandemico;
- di dare mandato al Dirigente del Servizio Comunicazione Istituzionale di impostare tecnicamente e gestire le gare di appalto necessarie per la progettazione grafica, la redazione, la realizzazione, la stampa e la diffusione, degli strumenti di comunicazione che verranno decisi nell'ambito del Comitato regionale Pandemico curando il coordinamento dell'immagine della Regione Puglia e semplificando ed uniformando il linguaggio di comunicazione, anche in considerazione del target dei destinatari;
- di autorizzare il Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione ad approvare con proprio atto dirigenziale il piano di comunicazione predisposto dal Servizio Comunicazione Istituzionale e approvato dal Comitato Pandemico Regionale e gli atti consequenziali necessari per la sua attuazione;
- di disporre la pubblicazione urgente del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2009, n. 1511

Del. G.R. n. 720 del 6 maggio 2008 “Piano di attività 2008-2009 dell’Osservatorio Regionale Politiche Sociali”. Direttive per l’attuazione delle Linee A, B e C.

L’Assessore alla Solidarietà, sulla base dell’istruttoria espletata dall’Ufficio Immigrazione, confermata dalla Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione, riferisce quanto segue.

Premesso che:

- al fine di provvedere, secondo quanto previsto agli artt. 13 e 14 della l.r. n. 19/2006, alla formale costituzione e alla attivazione dell’Osservatorio Regionale delle Politiche, cui è affidata, tra l’altro, la funzione di costruzione del SISR, la Giunta Regionale ha approvato con deliberazione di G.R. n. 1380 del 3 agosto 2007 le Linee Guida per la costituzione dell’Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e del SISR, che contengono le direttive alle strutture dell’Assessorato alla Solidarietà per la formale istituzione della struttura Osservatorio, incardinata nel Settore Programmazione Sociale e Integrazione, e per l’avvio delle sue attività.
- con Deliberazione di G.R. n. 1812 del 31 ottobre 2007 - “Artt. 13 e 14 della l.r. n. 19/2006. SISR e Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali. Approvazione piano di attività 2007-08 e protocollo di intesa con le Province e approvazione riparto delle risorse FNPS 2001-04. Variazione compensativa al bilancio di previsione 2007, art. 42 della l.r. n. 28/2001 e art. 10 comma 2 della l.r. n. 11/2007”, sono state iscritte risorse finanziarie complessive per Euro 1.892.548,82 al capitolo 785040 “Osservatorio Regionale Politiche Sociali e SISR” - anno 2007 - U.P.B. 7.3.1 “Programmazione sociale e integrazione”. E’ stato, inoltre, approvato con lo stesso atto il Piano di attività dell’Osservatorio Regionale Politiche Sociali 2007-2008;
- con la deliberazione n. 2012 del 27 novembre 2007 la Giunta Regionale ha approvato il riparto delle risorse finanziarie di cui al FNPS 2006, e con le successive deliberazioni n. 485 e n. 486 del

31 marzo 2008, ha approvato il riparto delle risorse finanziarie di cui al FNPS 2007, apportando le corrispondenti variazioni al bilancio di previsione per il 2008 e le variazioni compensative che hanno integrato la dotazione finanziaria complessiva del Cap. 785040 “Osservatorio Regionale Politiche Sociali e SISR” - U.P.B. 7.3.1 “Programmazione sociale e integrazione”;

- per effetto dei richiamati atti deliberativi, risulta pertanto che la dotazione finanziaria aggiuntiva - rispetto a quanto già assegnato con la richiamata deliberazione di G.R. n. 1812 del 31.10.2007 - per il funzionamento e le attività dell’Osservatorio Regionale Politiche Sociali a valere sul Cap. 785040 - UPB 7.3.1 Bilancio di Previsione 2008 pari ad Euro 4.596.828,04;
- con la deliberazione n. 720 del 6 maggio 2008 la Giunta Regionale ha approvato il piano di attività per il biennio 2008-2009, che integra il piano di attività 2007-2008 già approvato con Del. G.R. n. 1812 del 31.10.2007. Al Piano di attività dell’Osservatorio Regionale Politiche Sociali, così come illustrato nell’Allegato A che costituisce parte integrante del presente atto, sono finalizzate risorse complessive per Euro 4.596.828,04 a valere sul Cap. 785040 - U.P.B. 7.3.1 del Bilancio di Previsione per l’anno 2008.

Tanto premesso, si precisa che il piano di attività e in corso di realizzazione, secondo gli obiettivi e le linee di azione date, nonché secondo la scansione temporale più coerente rispetto allo svolgimento delle attività e delle politiche poste in campo dall’Assessorato alla Solidarietà e sono già state realizzate le seguenti azioni:

Azione B.1 - attivazione della Cabina di Regia per l’Osservatorio Sociale Regionale e il Sistema Informativo sociale

Azione C.7 - Avvio indagine sulle organizzazioni del Terzo Settore in Puglia, mediante convenzione con CSV Puglia Net

Azione D.1 - Attivazione di uno specifico gruppo di lavoro per la analisi delle tariffe e delle rette per strutture residenziali e semiresidenziali

Azione D.2 - Finanziamento della seconda annualità degli Osservatori Sociali Provinciali

- C.2 - Indagine sulle condizioni abitative e lavorative degli immigrati in Puglia euro 200.000,00
- C.5 - Indagine sulle condizioni economiche delle famiglie numerose e con minori 0-5 anni euro 150.000,00

La dotazione complessiva per questo ambito di azione è pari ad Euro 1.080.000,00 così come stanziata con Del. G.R. n. 720/2008 e viene confermata in questa sede.

Per l'attuazione del combinato disposto di queste azioni, viste le competenze specialistiche necessarie per presidiare ciascuno dei temi e delle aree tematiche oggetto delle azioni, si ritiene opportuno selezionare con idonee procedure di evidenza pubblica, ovvero procedure ristrette quando le dimensioni dei progetti e la normativa vigente lo consentono, soggetti attuatori che vengano individuati tra primari istituti di ricerca e centri studi e consulenza che abbiano già maturato esperienze nei rispettivi ambiti di ricerca, che abbiano un curriculum esperienziale almeno triennale e che annoverino nelle rispettive compagini sociali o nei rispettivi organici esperti di profilo senior (con almeno 10 anni di esperienza) di indiscussa competenza riconosciuta a livello nazionale. I soggetti che possono candidare la propria proposta progettuale per la realizzazione delle azioni sopra indicate devono avere almeno una sede operativa in Puglia, e sono possibili associazioni temporanee di impresa in cui il capofila abbia almeno i requisiti sopra individuati.

Le azioni di ricerca di cui all'Ambito 2 dovranno essere realizzate entro il 31.12.2010 mediante la selezione di soggetti attuatori terzi, la definizione degli affidamenti dei progetti di ricerca e la realizzazione degli stessi con la consegna dei prodotti finali.

Si demanda alla dirigente del Servizio Programmazione e Integrazione la definizione degli schemi di avviso pubblico e delle altre modalità di affidamento dei singoli progetti di ricerca.

Con specifico riferimento all'Azione C.5 dovrà essere assicurato il coordinamento dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali - Area Famiglia e un raccordo operativo con esso.

Con specifico riferimento alle Azioni C.1 e C.2 dovrà essere assicurato il coordinamento dell'Os-

servatorio Regionale Politiche Sociali - Area Immigrazione e un raccordo operativo con esso

Ambito 3 di azione - Potenziamento del Sistema Informativo Sociale regionale e cofinanziamento interventi nazionali

Concorrono a questo ambito di azione le seguenti azioni specifiche già individuate nel Piano di attività di cui alla Del. G.R. n. 720/2008 con le relative risorse assegnate:

- B.2 - Analisi dei modelli dei costi di gestione delle strutture residenziali e a ciclo diurno euro 200.000,00
- B.3 - Implementazione flussi informativi e messa a regime euro 250.000,00
- B.4 - Georeferenziazione del sistema di offerta di servizi e prestazioni euro 200.000,00
- C.3 - Indagine sulla rete dei servizi per donne e minori vittime di violenza, abuso e maltrattamento euro 150.000,00

La dotazione complessiva per questo ambito di azione è pari ad euro 800.000,00 così come stanziata con Del. G.R. n. 720/2008 e viene confermata in questa sede.

Per l'attuazione delle azioni di cui all'Ambito 3, si ritiene opportuno mettere a valore le sinergie possibili con le altre azioni già avviate dall'Assessorato alla Solidarietà, nonché gli interventi per i quali l'Assessorato ha ottenuto importanti finanziamenti nazionali e comunitari, fornendo le seguenti direttive al Servizio Programmazione Sociale e Integrazione.

Per l'Azione B.2 e B.3 si procederà assicurando un cofinanziamento regionale al progetto interregionale già finanziato dal Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali per il Sistema Informativo per le Non Autosufficienze, e affidato al coordinamento della Regione Liguria, per Euro 100.000,00, e assicurando la proroga del contratto

in essere per l'affidamento della fornitura della progettazione e implementazione dei flussi informativi sociali regionali, già affidato alla Società Synergia Srl, vista la necessità di assicurare continuità a quanto avviato, visti i tempi ristretti a disposizione per predisporre una nuova procedura di gara, considerati i debiti informativi obbligatori che la Regione ha nei confronti del Governo nazionale e di tutti i Comuni e le Province pugliesi, nonché considerata la positiva valutazione dell'operato svolto fino ad ora dalla medesima società.

Per l'Azione B.4, visto il carattere innovativo e sperimentazione della stessa, si ritiene di dover individuare mediante procedura di evidenza pubblica, tramite avviso pubblico, una proposta progettuale di intervento qualitativamente adeguata agli obiettivi che l'Osservatorio Sociale Regionale intende perseguire. Si demanda, pertanto, alla dirigente del Servizio Programmazione e Integrazione la definizione dello schema di avviso pubblico avendo cura che i requisiti per la partecipazione siano particolarmente attenti alla presenza di competenze specialistiche in materia di georeferenziazione, alla capacità operativa di portare avanti la sperimentazione sul territorio regionale, alla presenza di altre significative esperienze nel medesimo ambito di attività.

Per l'Azione C.3, infine, si ritiene di dover assicurare, a parziale modifica di quanto previsto nella Del. G.R. n. 720/2008, la piena integrazione con una azione già avviata dalla Regione Puglia mediante il Progetto "Services for women victims of violence" finanziato nell'ambito del Programma Europeo "DAPHNE 2007-2013", apportando le suddette risorse quale cofinanziamento al progetto medesimo, di cui è titolare la Regione Puglia, e che ha già costruito un partneriato di progetto, per l'attuazione delle azioni previste.

Con specifico riferimento all'Azione C.5 dovrà essere assicurato il coordinamento dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali - Area Famiglia e un raccordo operativo con esso.

Con specifico riferimento alle Azioni C.1 e C.2 dovrà essere assicurato il coordinamento dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali - Area Immigrazione e un raccordo operativo con esso.

Tanto premesso, si sottopone pertanto alla Giunta Regionale, per la competente approvazione, le direttive riportate in narrativa al fine di favorire una tempestiva attuazione delle azioni già individuate nel Piano di Attività 2008-2009 dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, rinviando a successivo provvedimento la approvazione dello schema di convenzione con l'Agenzia Regionale di Sanità per l'attuazione di tutte le azioni di cui all'ambito 1 del presente provvedimento.

Copertura finanziaria di cui alla l.r. 16 novembre 2001, n. 28 e s.m.i.

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

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

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del presente provvedimento.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile del P.A. e dalla Dirigente del Servizio;
- A voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

1. Di fare proprie le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate;
2. Di approvare le direttive riportate in narrativa per l'attuazione dei seguenti tre ambiti di intervento, che aggregano in maniera funzionale le azioni già previste e non ancora realizzate nel

Piano di attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali 2008-2009. così come approvato con Del. G.R. n. 720 del 6 maggio 2008;

3. Di far obbligo alla Dirigente del Servizio di impegnare la spesa connessa all'attuazione di tutte le azioni richiamate negli Ambiti 1.2.3 riportati in narrativa, entro il corrente esercizio finanziario;
4. Di incaricare la Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione degli adempimenti rivenienti dal presente provvedimento;
5. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2009, n. 1552

**Regolamento Regionale n. 20 del 14/10/2008
pubblicato sul B.U.R.P. n. 163 del 17/10/2008.
Individuazione dei settori industriali innovativi.**

La Vicepresidente, Assessore allo Sviluppo Economico ed alla Innovazione Tecnologica, Loredana Capone, sulla base dell'istruttoria espletata dal Direttore dell'Area Politiche per lo Sviluppo, il Lavoro e l'Innovazione, riferisce:

Premesso che

- Con Legge Regionale n. 10 del 20.6.2004 e successive modificazioni e integrazioni, sono disciplinati i regimi regionali di aiuto;
- Il Regolamento Regionale n. 20 del 14/10/2008 pubblicato sul Bollettino n. 163 del 17/10/2008, reca la disciplina dei Regimi di Aiuto per la concessione di aiuti alle piccole imprese innovative operative e di nuova costituzione;
- L'articolo 4, comma 2, del Regolamento citato prevede che il Regolamento medesimo si applichi nei settori industriali innovativi individuati dalla

Giunta Regionale in coerenza con la strategia di sviluppo della Regione per il medio periodo e sulla base dei distretti di alta tecnologia e dei distretti produttivi riconosciuti e operativi nel territorio regionale;

- L'Accordo di Programma Quadro, sottoscritto il 28 aprile 2005, ha definito la costituzione dei distretti biotecnologico pugliese, meccatronico pugliese e tecnologico pugliese high-tech;
- Il terzo atto integrativo all'Accordo di Programma Quadro, sottoscritto il 27/11/2007, ha previsto la costituzione del Distretto tecnologico pugliese dell'energia;
- La Legge Regionale n. 23 del 3 agosto 2007 (come modificata dalla legge regionale n. 36 del 14 dicembre 2007), reca norme in materia di "Promozione e riconoscimento dei Distretti Produttivi", con cui la Regione Puglia ha definito la nozione di distretto, ha disciplinato le procedure di riconoscimento ed ha specificato l'ambito di attività di tali aggregati di imprese da ritenersi rilevante per le politiche pubbliche regionali;
- Con deliberazioni della Giunta Regionale è stato effettuato il primo riconoscimento dei distretti produttivi aerospaziale pugliese, del legno arredo, dell'edilizia sostenibile, dell'ambiente e del riutilizzo, pugliese delle energie rinnovabili e dell'efficienza energetica "La nuova energia", del lapideo pugliese, logistico pugliese, della filiera moda Puglia, della nautica da diporto in Puglia, della meccanica pugliese, dell'informatica;
- Con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 886 del 24.9.2008 è stato emanato l'Atto di Organizzazione per l'Attuazione del PO FESR 2007-13;
- Con la Delibera di Giunta Regionale n. 1849 del 30.9.2008 sono stati nominati l'Autorità di Gestione del PO FESR 2007-2013, nonché i Responsabili degli Assi di cui al medesimo programma;
- il Programma Operativo Nazionale Ricerca e competitività è stato adottato nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 per le Regioni della Convergenza;
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 747 del 7.5.2009 ha approvato il Documento denominato 'Strategia Regionale per la Ricerca e l'Innovazione';

Considerato che

- Nella Regione Puglia il numero delle piccole imprese di nuova costituzione, con particolare riferimento a quelle innovative e a quelle che operano in comparti di attività ed elevato impatto tecnologico, è inferiore alla media nazionale;
- Le nuove imprese innovative, e soprattutto quelle di piccola dimensione, soffrono di vincoli finanziari alla crescita e sono costrette ad operare in una situazione persistente di inefficienza nel mercato dei capitali;
- La scarsa presenza di imprese innovative costituisce, peraltro, una limitazione all'aumento della competitività dei sistemi produttivi locali e al posizionamento delle produzioni locali;
- Con il citato Regolamento si è inteso da un lato consolidare e favorire la crescita delle piccole imprese innovative già operative sul territorio regionale e dall'altro stimolare la nascita di nuove piccole imprese che intendono valorizzare a livello produttivo i risultati della ricerca;
- La individuazione dei settori suddetti deve essere coerente con la strategia di sviluppo della Regione per il medio periodo e rispettare i criteri che hanno condotto alla costituzione dei distretti di alta tecnologia e al riconoscimento dei distretti produttivi regionali.

Ritenuto che

- ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, del Regolamento citato sia necessario individuare i settori industriali innovativi;
- sia opportuno procedere alla individuazione dei settori suddetti secondo criteri coerenti con le linee strategiche per la ricerca e l'innovazione delineate a livello comunitario, nazionale e regionale;

La Vicepresidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta di individuare, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, del Regolamento Regionale 14 ottobre 2008, n. 20, come appartenenti ai settori industriali innovativi le imprese che sviluppano o valorizzano i risultati della ricerca nei seguenti ambiti:

- **Materiali avanzati:** materiali e tecnologie per i trasporti, materiali e tecnologie nel settore delle costruzioni, materiali innovativi ad elevatissima

efficienza e basso impatto ambientale, altri materiali avanzati.

- **Logistica avanzata:** trasporti e logistica avanzata, infomobilità di persone e merci.
- **Aerospazio, aeronautica ed elicotteristica.**
- **Sistemi avanzati di manifattura:** con riferimento alle filiere del settore tessile, della moda, del legno e arredo, della tecnoilluminazione e della meccatronica.
- **ICT:** con riferimento ai sistemi di telecomunicazione e componentistica ICT, alle architetture e al software, alle filiere dei web-services e della tecnologia del supercalcolo, alla produzione di contenuti digitali nell'industria televisiva e cinematografica.
- **Ambiente e risparmio energetico:** tecnologie per l'ambiente e per il riutilizzo, energie rinnovabili e efficienza energetica, usi razionali dell'energia e riduzione delle emissioni, tecnologie per l'edilizia ecosostenibile.
- **Salute dell'uomo:** sviluppo di materiali biocompatibili, vaccini, nuovi farmaci, produzione di anticorpi, farmaci e molecole di alto valore, tecnologie per la strumentazione biomedica con particolare riferimento a quelle per la diagnostica biomolecolare, biomeccanica, bionanotecnologica e per immagini.
- **Sistema agroalimentare:** con riferimento alla ricerca sulle componenti biologiche alla base della qualità, tipicità e salubrità dei prodotti; alla tracciabilità e caratterizzazione, anche di mercato, del valore e della novità del prodotto; alle biotecnologie tra cui le produzioni ecocompatibili e a ridotto fabbisogno idrico e le tecnologie finalizzate all'individuazione di OGM.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

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

Il presente atto rientra nelle competenze della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. d) ed f), della L.R. n. 7/1997.

LA GIUNTA

Udita la relazione del Vicepresidente;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Direttore dell'Area competente;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di approvare la relazione;
- di individuare, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, del Regolamento Regionale 14 ottobre 2008, n. 20, come appartenenti ai settori industriali innovativi le imprese che sviluppano o valorizzano i risultati della ricerca nei seguenti ambiti:
 - Materiali avanzati: materiali e tecnologie per i trasporti, materiali e tecnologie nel settore delle costruzioni, materiali innovativi ad elevatissima efficienza e basso impatto ambientale, altri materiali avanzati.
 - Logistica avanzata: trasporti e logistica avanzata, infomobilità di persone e merci.
 - Aerospazio, aeronautica ed elicotteristica.
 - Sistemi avanzati di manifattura: con riferimento alle filiere del settore tessile, della moda, del legno e arredo, della tecnoilluminazione e della meccatronica.
 - ICT: con riferimento ai sistemi di telecomunicazione e componentistica ICT, alle architetture e al software, alle filiere dei web-services e della tecnologia del supercalcolo, alla produzione di contenuti digitali nell'industria televisiva e cinematografica.
 - Ambiente e risparmio energetico: tecnologie per l'ambiente e per il riutilizzo, energie rinnovabili e efficienza energetica, usi razionali dell'energia e riduzione delle emissioni, tecnologie per l'edilizia ecosostenibile.
 - Salute dell'uomo: sviluppo di materiali biocompatibili, vaccini, nuovi farmaci, produzione di anticorpi, farmaci e molecole di alto valore, tecnologie per la strumentazione biomedica con particolare riferimento a quelle per la diagnostica biomolecolare, biomeccanica, bionanotecnologica e per immagini.

- Sistema agroalimentare: con riferimento alla ricerca sulle componenti biologiche alla base della qualità, tipicità e salubrità dei prodotti; alla tracciabilità e caratterizzazione, anche di mercato, del valore e della novità del prodotto; alle biotecnologie tra cui le produzioni eco-compatibili e a ridotto fabbisogno idrico e le tecnologie finalizzate all'individuazione di OGM.

- di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2009, n. 1556

Art. 10 L.R. 30 aprile 2009, n. 11: variazioni al bilancio di previsione 2009 per complessivi euro 92.604.594,66. Regolarizzazione contabile per euro 408.692,34.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 1 del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, confermata dai Dirigenti dei Servizi PGS ed ATP, riferisce:

La legge 23 dicembre 1996, n. 662, all'articolo 1, comma 34, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale da destinare alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti.

La stessa legge all'art. 1, comma 34 bis, prevede che la Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della Salute, individui i progetti ammessi al finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo Sanitario Nazionale ai sensi del citato comma 34.

Con diverse intese/accordi sanciti in Conferenza Stato-Regioni e P.A. si è proceduto alla individuazione delle linee progettuali per l'attuazione dei Piani Sanitari Nazionali nonché al riparto tra le regioni delle risorse ex art. 34/34 bis legge 662/96 finalizzate al raggiungimento dei correlati obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

In particolare per l'anno 2007 con deliberazione CIPE n. 114 del 9 novembre 2007 (in G.U. n. 26 del 31 gennaio 2008, S.O.) sono state assegnate alla Regione Puglia risorse pari ad euro 92.941.557,00 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Con deliberazioni di Giunta Regionale n. 2286 e n. 2287, entrambe del 29/12/2007, si è proceduta alla definizione dei programmi di utilizzo di detti fondi.

Occorre, a tal proposito, evidenziare che il Servizio Ragioneria con nota n. 20/P/5242 del 25/3/2009, ha comunicato l'avvenuto accreditamento della somma di euro 92.604.594,66, così come di seguito distinta:

euro 92.941.557,00 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2007, euro 71.730,00 erogazione a titolo di sconto per le farmacie rurali per l'anno 2007, euro 408.692,34 decurtazione per la compensazione della mobilità sanitaria a titolo di recupero sull'acconto 2008 per l'assistenza sanitaria erogata dall'ACISMOM.

Ne deriva, a fronte di detta decurtazione, un importo accreditato per gli obiettivi di carattere prioritario per l'anno 2007 pari ad euro 92.532.864,66; è, quindi, necessario reintegrare la minore entrata pari ad euro 408.692,34 al fine di consentire l'espletamento dell'attività progettuale, così come deliberata dalla Giunta Regionale con i nominati provvedimenti n. 2286/2007 e n. 2287/2007.

Conseguentemente, si propone di apportare, ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 aprile 2009, n. 11, le necessarie variazioni, in termini di competenza e cassa, al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009 in relazione alle richiamate assegnazioni statali vincolate, ammontanti complessivamente ad euro 92.604.594,66, procedendo, nel contempo a reintegrare la minore entrata, pari ad euro 408.692,34, al fine di consentire l'espletamento dell'attività progettuale, così come deliberata dalla Giunta Regionale con i succitati provvedimenti n. 2286 e n. 2287, entrambi del 29/12/2007.

Si propone, altresì, di autorizzare il Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria ad adottare, entro il corrente esercizio, l'atto per la regolarizzazione contabile dell'importo di euro 408.692,34, non liquidato dallo Stato per la compensazione dell'assistenza sanitaria erogata dall'ACISMOM, al fine di consentire l'espletamento dell'attività progettuale, così come deliberata dalla Giunta Regionale con i citati provvedimenti n. 2286/2007 e n. 2287/2007.

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lettera K), della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7.

Copertura Finanziaria

Le variazioni da apportare al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009 occorrenti per l'iscrizione delle assegnazioni statali in argomento ammontanti a complessivi euro 92.604.594,66 vanno effettuate, ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 aprile 2009, n. 11,

- per euro 71.730,00 istituendo in Entrata il capitolo 2035785 U.P.B. 2.1.) denominato "Accesso fondo disposto ex art. 1 L. n. 296/2006 - sconto farmacie rurali" ed in Uscita il capitolo 711036 (U.P.B. 5.7.1.) denominato "Trasferimento alle Aziende A.S.L. dei fondi per lo sconto farmacie rurali- DM 25 settembre 2008";
- e per euro 92.532.864,66 istituendo in Entrata il cap. 2035786 (U.P.B. 2.1.) con la denominazione "Assegnazioni statali dette quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2007 - Del. CIPE n. 114/2007" ed in Uscita il cap. 741086 (U.P.B. 5.5.4) con la denominazione "Erogazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2007 - Del. CIPE n. 114/2007"

Occorre, inoltre, procedere con atto a firma del Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria alla regolarizzazione contabile dell'importo di euro 408.692,34., non erogato dallo Stato per la compensazione dell'assistenza sanitaria erogata dall'ACISMOM, mediante impegno sul cap. 741090 (U.P.B. 5.5.2) e contestuale emissione di reversale a beneficio della Regione Puglia sul cap. n.i. 2035786 istituito in Entrata a seguito del presente provvedimento per euro 92.532.864,66.

Il 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 sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente F.F. dell'Ufficio 1 del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria e dai Dirigenti dei Servizi PGS ed ATP;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di apportare, ai sensi dell'art.10, della L.R. 30 aprile 2009, n. 11, per le motivazioni riportate in premessa e che si intendono integralmente trascritte, le seguenti variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009, ammontanti complessivamente ad euro 92.604.594,66 e, precisamente:

per euro 71.730,00

PARTE I^a - ENTRATA

- Variazione in aumento

U.P.B.: 2.1.

Cap. n.i. 2035785 "Accesso fondo disposto ex art. 1 L. n. 296/2006- sconto farmacie rurali"

Competenza + 71.730,00
Cassa + 71.730,00

PARTE II^a - USCITA

- Variazione in aumento

U.P.B.: 5.7.1.)

Cap. n.i. 711036 Trasferimento alle Aziende A.S.L. dei fondi per lo sconto farmacie rurali - DM 25 settembre 2008"

Competenza + 71.730,00
Cassa + 71.730,00

e per euro 92.532.864,66

PARTE I^a - ENTRATA

- Variazione in aumento

U.P.B.: 2.1.

Cap. n.i. 2035786 "Assegnazioni statali delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2007- Del. CIPE n. 114/2007"

Competenza + 92.532.864,66
Cassa + 92.532.864,66

PARTE II^a - USCITA

- Variazione in aumento

U.P.B.: 5.5.4

Cap. n.i. 741086 "Erogazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2007 - Del. CIPE n. 114/2007"

Competenza + 92.532.864,66
Cassa + 92.532.864,66

- di incaricare il Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria di procedere alla regolarizzazione contabile dell'importo di euro 408.692,34, non liquidato dallo Stato per la compensazione dell'assistenza sanitaria erogata dall'ACISMOM, mediante impegno della stessa somma sul cap. 741090 (U.P.B. 5.5.2) e contestuale emissione di reversale a beneficio della Regione Puglia sul cap. n.i., istituito in Entrata a seguito del presente provvedimento per euro 92.532.864,66 al fine di consentire l'espletamento dell'attività progettuale, così come deliberata dalla Giunta Regionale con i provvedimenti n. 2286 e n. 2287, entrambi del 29/12/2007;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in attuazione dell'art. 42, comma 7, della L.R. 16 novembre 2001, n. 28.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

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

Tel. 0805406316 - 6317 - 6372 / fax 0805406379

Abbonamenti: 0805406376

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

e-mail: burp@regione.puglia.it

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