REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

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

Anno XLI | BARI, 12 GENNAIO 2010 | N. 6

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 righi per 50 battute (o frazione).

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

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

ABBONAMENTI

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

I versamenti effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno 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 Piazzo - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;

Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia.

SOMMARIO

"Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2397
Approvazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Osteoporosi".
Pag. 1181

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2399
Associazione "Casa famiglia S. Francesco" onlus con sede alla via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (Le). Autorizzazione all'esercizio per trasferimento definitivo presso l'immobile sito in Ugento (Le) alla via per Acquarica della comunità terapeutica per 22 posti in forma residenziale e 8 posti in forma semiresidenziale.
Pag. 1223

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2400
M.aD. SAS di Vacca Saverio, con sede legale in Locorotondo (Ba). Autorizzazione all'esercizio di un Centro Diurno per 20 disabili psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo".
Pag. 1224

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2401
Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio di una Comunità alloggio per riabilitazione psichiatrica per 8 p.l. sita in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante.
Pag. 1226

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2402
Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio per la struttura Gruppo appartamento, di riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192.
Pag. 1227

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2403
Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio per la struttura Gruppo appartamento, di riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19.
Pag. 1229

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2404
Euroitalia s.r.l., con sede legale in Casarano (Le). Autorizzazione all'esercizio di una struttura dotata di 32 p.l. di R.S.A., di 10 p.l. per la cura dell'Alzheimer e di un Centro Diurno per 5 p.l., sita in Casarano (Le) alla via provinciale per Collepasso.
Pag. 1230

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2405
Cooperativa sociale "La Speranza", con sede legale in Conversano (Ba). Autorizzazione all'esercizio di una Comunità Alloggio per disabili psichici, sita in Conversano (Ba), in via Pestalozzi n. 4.
Pag. 1232

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2476
Modifica DGR 1883 del 20.10.2009 "Del G.R. n. 1401 del 4 agosto 2009 "Approvazione del PPA Asse III del PO DESR 2007-2013". Indirizzi attuativi della Linea 3.1 per la definizione degli accordi di programma e riparto delle risorse ai programmi di investimento delle ASL pugliesi".
Pag. 1233

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2477
Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 745 del 5.5.2009 - Criteri e procedure per l'attivazione dell'istituto dell'in house providing - Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia.
Pag. 1236

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2483
Cure Oncologiche. Protocollo di intesa tra le Regioni Meridionali. Adempimenti.
Pag. 1267

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2485
Malattie Rare - D.M. n. 279 del 18 maggio 2001 - Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 - Istituzione Centro di assistenza e ricerca sovraziendale - Costituzione Coordinamento regionale.
Pag. 1272

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2486
Approvazione degli esiti della procedura di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia di cui alla delibera del Direttore Generale A.Re.S. n. 72 del 19 maggio 2009. Autorizzazione all'aggiudicazione definitiva.
Pag. 1275

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2488
Nuovo Assetto del Servizio Emergenza Urgenza "118".
Pag. 1282

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2489
L.R. n. 40/07. Nuovi ambiti territoriali. Regolamento concernente modalità di scelta del nuovo ambito territoriale comunale per i medici dell'assistenza primaria. Adozione definitiva. Errata corrige.
Pag. 1293

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2397

Approvazione del "Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Osteoporosi".

L'Assessore alle politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 3, e confermata dal Dirigente del Servizio PATP, riferisce:

la Giunta Regionale ha approvato con L.R. n. 23 del 19 settembre 2008 il "Piano Regionale di Salute 2008 - 2010". L'art. i (Principi) comma n. 2, fà riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA), individua gli obiettivi di salute, nonché le strategie con relative azioni prioritarie di intervento da raggiungere nel triennio di riferimento, garantendo la centralità del cittadino quale protagonista e fruitore dei percorsi assistenziali e la completa integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale.

Il "Piano della Salute 2008 - 2010" impone di sviluppare il rapporto con le Società Scientifiche per l'individuazione, l'adozione e la diffusione di Linee Guida e protocolli diagnostici terapeutici, in relazione alle prestazioni più rilevanti per gravità, frequenza e costi ed in considerazione della necessità di proporre al sistema ed ai professionisti strumenti di "Clinical Governance" per garantire appropriatezza nella scelta dei percorsi di diagnosi e cura.

A livello regionale si impone la necessità di migliorare l'appropriatezza organizzativa e clinica nell'approccio alla gestione del paziente affetto da Osteoporosi.

A tal proposito, la Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva, istituita con DGR N. 1226 del 24/08/2005, avvalendosi della collaborazione di esperti, ha prodotto un documento che, in armonia con quanto definito dall'Institute of Medicine delle Linee Guida, vuol definire dei Percorsi Diagnostici Terapeutici con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate per la cura dell'Osteoporosi.

Detto documento è stato sottoposto alla valutazione dell'intera Commissione di cui sopra, la quale dopo aver ampliamente discusso ha dato parere tecnico favorevole ed ha ritenuto opportuno, al fine di uniformare su tutto il territorio regionale un percorso diagnostico terapeutico per la cura dell'Osteoporosi, proporre il suddetto documento al Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute per l'adozione di idoneo provvedimento.

L'Ufficio Politiche del farmaco del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale dell'Assessorato alle Politiche della Salute, valutato il parere tecnico scientifico favorevole espresso dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza prescrittiva, espresso nella seduta del 19.09.2009 concorda con quanto al riguardo emerso da detta commissione in merito al Percorso Diagnostico Terapeutico. per la cura dell'Osteoporosi, di cui all'allegato "A", composto di n. 40 (quaranta) fogli, parte integrante e sostanziale del presente atto.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 28/01 e successive modificazioni e integrazioni:

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

Il Dirigente del Servizio PATP
Dr. Fulvio Longo

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni in calce al presente provve-

dimento dal responsabile della P.O., dal Dirigente del Servizio e dal Dirigente di Area;

- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- Per i motivi riportati in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati:

- di recepire il "Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Osteoporosi", di cui all'allegato "A" composto di n. 40 (quaranta) fogli, parte integrante e sostanziale del presente atto, anche alla luce del parere tecnico favorevole espresso da parte della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva;

- di disporre che sarà compito della "Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva", vigilare sull'effettiva applicazione di tale Percorso Diagnostico Terapeutico evidenziando eventuali criticità prescrittive e organizzative;

- di prevedere che il Percorso Diagnostico Terapeutico, di cui all'allegato n. 1 (uno), deve essere sottoposto a verifiche annuali da parte della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva, a partire della data di entrata in vigore;

- di disporre la notifica del presente provvedimento, a cura del servizio PATP alle Aziende ASL ed Aziende Ospedaliere di tutto il territorio regionale, nonché alle Unità Operative interessate;

- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

Allegato A

REGIONE PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

Ufficio Politiche del farmaco

Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura dell'Osteoporosi

Documento del 29/06/ 2009

Gruppo di Lavoro:

Prof. Giovanni Lapadula

Dott.ssa Francesca Cannistrà

Dott. Vito Grattagliano

Dott. Domenico Laghezza

Dott. Gabriele Miolli

Dott. Paolo Pignataro

Dott. Antonio Battista

Definizione

L'Osteoporosi (OP) è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative (macro e microarchitettura, proprietà materiali) che si accompagnano ad aumento del rischio di frattura. Vengono definite primitive le forme di OP che compaiono dopo la menopausa (OP postmenopausale) o comunque con l'avanzare dell'età (OP senile) e non evidenziano una noxa causale. La riduzione della densità minerale dell'osso (BMD) costituisce uno dei più importanti fattori di rischio di frattura (la BMD giustifica il 60-80% della resistenza meccanica dell'osso), ma non l'unico, essendovi altri fattori scheletrici o extrascheletrici che possono condizionare tale rischio.

Note epidemiologiche

L'OP rappresenta una malattia di rilevanza sociale. La sua incidenza aumenta con l'età sino ad interessare la maggior parte della popolazione oltre l'ottava decade di vita. Si stima che ci siano oggi, in Italia, circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini affetti da OP. Poiché nei prossimi 20 anni la percentuale della popolazione italiana al di sopra dei 65 anni d'età aumenterà del 25%, ci dovremo attendere un proporzionale incremento dell'incidenza dell'OP.

Il "*life time risk*" di andare incontro ad una tipica frattura osteoporotica a carico del polso distale, corpi vertebrali o femore prossimale è del 15% circa per ogni sito e del 40% per tutti i sito.

Nella popolazione italiana oltre i 50 anni d'età il numero di fratture di femore è superiore alle 55.000 unità/anno. Alterazioni morfologiche vertebrali sono state riscontrate in oltre il 20% dei soggetti con più di 65 anni d'età di entrambi i sessi.

I DATI DELLA PUGLIA

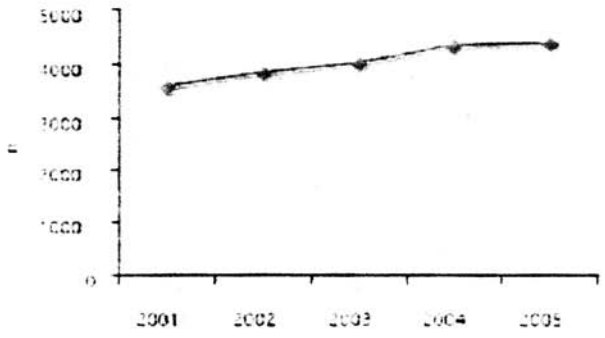
Dati di Ospedalizzazione

L'analisi dei dati di ospedalizzazione per fratture di femore nella popolazione pugliese di età superiore ai 74 anni, nel quinquennio 2001-2005, conferma i trend in aumento descritti nella letteratura scientifica.

Dalla "*Rilevazione sullo stato di salute della popolazione Pugliese*", Edizione 2006, emerge che il **numero dei ricoveri** per frattura di femore nel quinquennio 2001-2005 è pari a 20.073; si evince un incremento progressivo del numero annuo dei ricoveri che passa da 3.553 nel 2001 a 4.364 nel 2005 (Grafico n.1).

Grafico n.1

Andamento dei ricoveri per frattura di femore nella popolazione di età superiore ai 74 anni. Puglia, anni 2001-2005.



I pazienti ricoverati sono per il 78,1% di sesso femminile e per il 21,9% di sesso maschile.

Sono stati sottoposti a intervento chirurgico 14.655 pazienti, pari al 73% dei ricoverati.

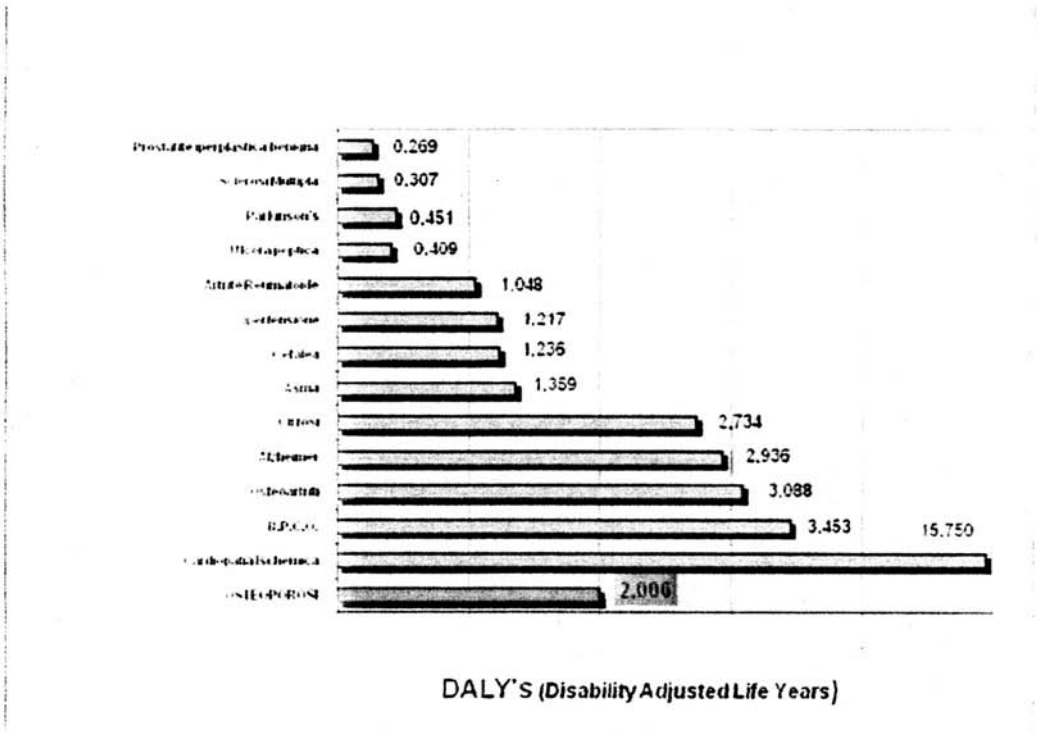
I costi di ospedalizzazione, calcolati con il sistema dei DRG, ammontano a oltre 117.500.000 euro, ai quali vanno aggiunti i costi delle circa seimila protesi impiantate.

Le fratture osteoporotiche hanno importanti implicazioni sociali ed economiche oltre che sanitarie. I pazienti con frattura del femore prossimale presentano

entro un anno dalla frattura, un tasso di mortalità del 15-30%. Tra gli anziani le fratture osteoporotiche rappresentano una delle maggiori cause di mortalità, con una incidenza sostanzialmente sovrapponibile a quella per ictus e carcinoma mammario e 4 volte superiore a quello per carcinoma endometriale. Il 50% delle donne con frattura di femore presenta inoltre una consistente riduzione del livello di autosufficienza e, in circa il 20% dei casi, richiede una istituzionalizzazione a lungo termine.

Un approccio generale per quantificare il peso della malattia, privilegiato dalla W.H.O. e dalla World Bank, è stimare la disabilità derivante dalla malattia, includendo i decessi legati ad essa. Questo approccio, basato sugli anni di vita produttiva potenzialmente persi a causa di disabilità (DALY), permette di confrontare malattie croniche differenti. Come si evince dal **Figura n.1**, gli anni di vita potenzialmente persi a causa della disabilità da OP sono due.

Figura n.1 DALY (anni di vita produttiva potenzialmente persi a causa di disabilità)



Dati di consumo. Farmaceutica territoriale anni 2006-08.

I dati della spesa farmaceutica territoriale documentano che anche nella Regione Puglia, come nel resto d'Italia, vi è un evidente incremento delle prescrizioni globali dei farmaci utilizzati in questa patologia **(Grafico n.2)**, così come si può dimostrare un aumento progressivo delle prescrizioni nelle quali viene applicata la Nota 79 **(Grafico n.3)**. Il dato, lungi dall'indicare un reale incremento della prevalenza della patologia nella popolazione residente in un arco di tempo breve, sembra indicare una sempre maggior attenzione ad una malattia per lungo tempo trascurata, soprattutto per la scarsa efficacia delle terapie adottate nel passato.

Il dato, apparentemente confortante sul piano della salute pubblica, denuncia, però, che ancora un alto numero di Pugliesi osteoporotici non sono diagnosticati come tali e non vengono trattati affatto. Esso già emerso da una subanalisi effettuata per le regioni del meridione d'Italia nell'ambito dello studio epidemiologico nazionale ESOPO che documentava che, se mediamente il 23% delle donne in età di menopausa ed il 18% degli uomini ultrasessantenni sono affetti da OP **(Grafici n.4-5)**, solo una parte della popolazione femminile e maschile viene diagnosticata e trattata: i dati di ESOPO rivelano che, fra le donne, solo una paziente osteoporotica su 5 veniva trattata con farmaci per l'OP e solo 1 su 10 con bisfosfonati; degli uomini, solo 3 soggetti su 100 erano trattati e solo 1 su 100 con bisfosfonati.

Grafico n.2 Dati di consumo numero confezione/anno farmaceutica territoriale Puglia. Nota AIFA n. 79

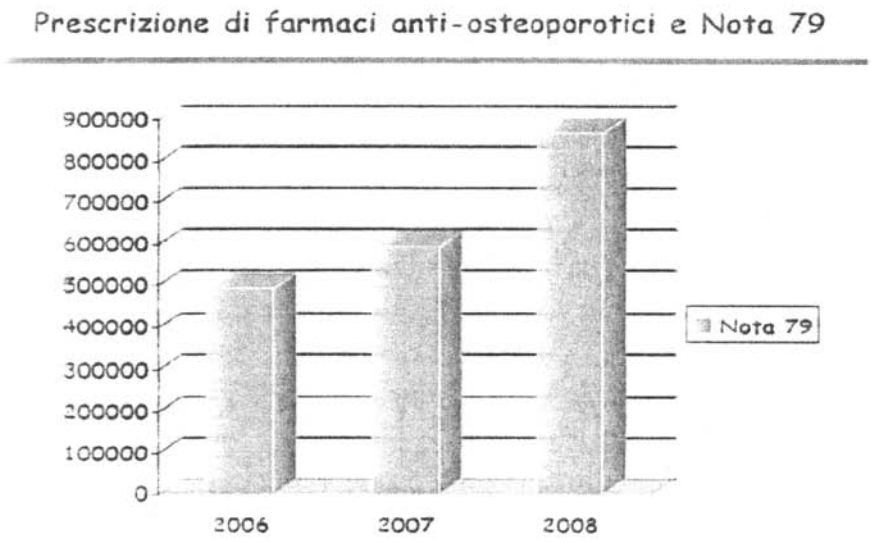


Grafico n.3. Dati di consumo numero confezione/anno farmaceutica territoriale . Puglia. Nota AIFA 79

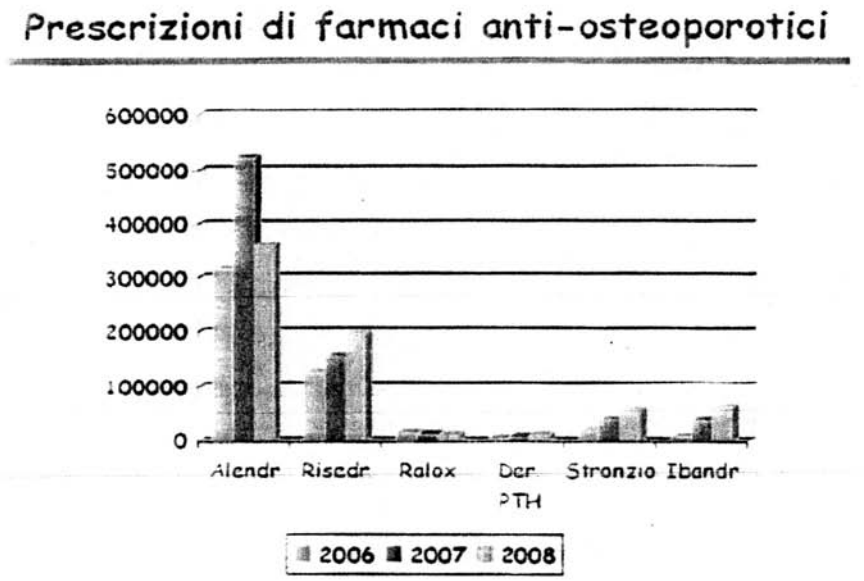


Grafico n.4 Studio Epidemiologico ESOPO. Dati Italia meridionale popolazione femminile

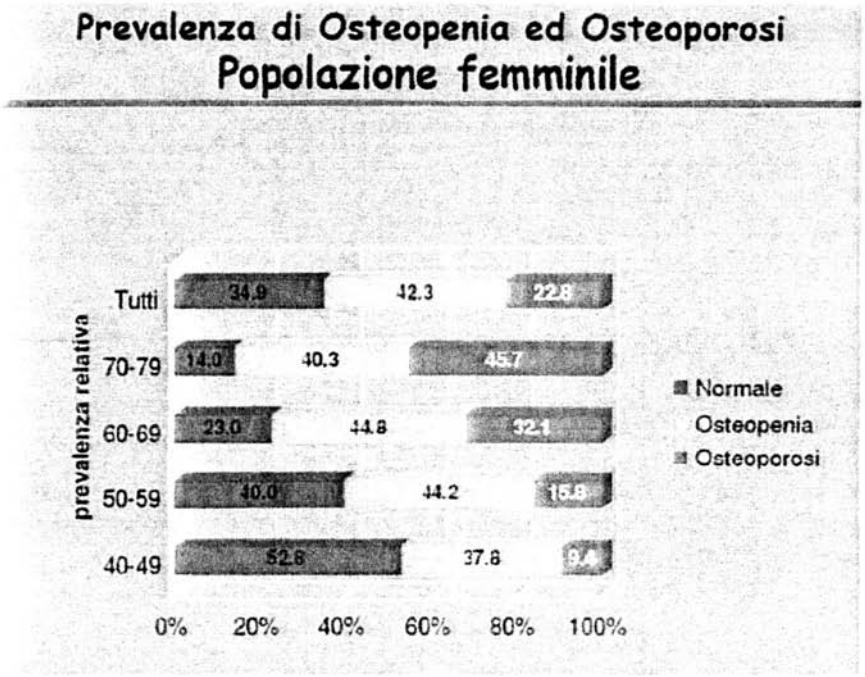
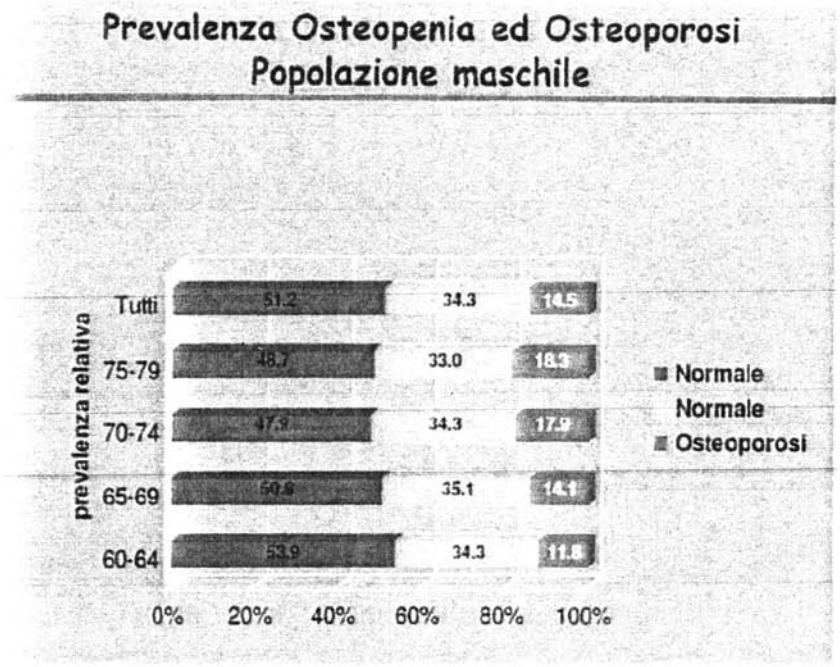


Grafico n.5 Studio Epidemiologico ESOPO. Dati Italia meridionale popolazione maschile.



Fattori di rischio.

L'OP e la frattura osteoporotica hanno una patogenesi multifattoriale. Alcuni fattori aumentano il rischio fratturativo mediante la riduzione della massa ossea mentre altri lo aumentano con meccanismi totalmente indipendenti dalla BMD. Tra i numerosi fattori associati in maniera indipendente al rischio di OP e fratture solo alcuni presentano una importante livello di evidenza come la ridotta massa ossea, una precedente frattura da fragilità, l'età e la familiarità per fratture da fragilità.

I vari fattori di rischio presentano un effetto cumulativo nella determinazione del rischio fratturativo, la loro completa identificazione è fondamentale nella corretta valutazione del paziente.

Fattori di rischio di OP

Si possono identificare fattori di rischio di OP relativi a:

1. Acquisizione del picco di massa ossea.
2. Densità – massa ossea in età senile.
3. Aspetti strutturali scheletrici (macro e microarchitettura, qualita ma-

teriali).

Assumono un significato clinico diagnostico solo i fattori di rischio facilmente identificabili e quantificabili.

Fattori di rischio di frattura OP.

I fattori di rischio di frattura osteoporotica con livelli di evidenza possono quindi essere classificati in due categorie:

- fattori di rischio per ridotta massa ossea: vengono in genere utilizzati per identificare i soggetti da sottoporre a screening densitometrico;
- fattori di rischio di frattura osteoporotica indipendente dalla massa ossea: possono essere utilizzati per ragioni prognostiche e quindi per definire la soglia di intervento terapeutico.

Tabella n. 1 Fattori di rischio di fratture osteoporotiche

• Sesso femminile	• Età*
• Menopause prematura	• Storia di fratture traumatiche*
• Amenorrea primaria o secondaria	• Trattamento cortisonico*
• Ipogonadismo maschile primitive o secondario	• Elevato turnover osseo*
• Etnia europea o asiatica	• Familiarità per frattura di femore*
• Bassa densità minerale ossea (BMD)	• Scarsa acuità visiva*
• A.R. + Altre Connettiviti	• Basso peso corporeo*
• Eccessivo consumo di alcoolici	• Malattie Neuromuscolari*
• Immobilizzazione protratta	• Fumo di sigarette*
• Basso apporto di calcio	
• Carenza di vitamina D	

** Queste caratteristiche aumentano il rischio di frattura anche indipendentemente dalla densità minerale ossea.*

L'OP secondaria

L'OP postmenopausale-senile va sempre distinta dalle forme secondarie di OP. Le principali condizioni potenzialmente in grado di provocare la comparsa di OP sono:

- Malattie endocrino metaboliche (ipogonadismo, ipercortisolismo, iperparatiroidismi, ipertiroidismo, anoressia mentale)
- Malattie mielo e linfoproliferative
- Condizioni associate a malassoribimento intestinale
- Malattie reumatiche (artrite reumatoide e psoriasica, LES)
- Malattie renali (ipercalciuria idiopatica, insufficienza renale cronica).
- Malattie metaboliche del collageno (osteogenesi imperfetta)
- Trapianto d'organo

L'OP può conseguire all'uso di molti farmaci. Tra questi il ruolo più rilevante è ricoperto dai cortisonici soprattutto quando utilizzati con dosaggi medio-alti e/o per periodi di tempo prolungati (> 3 mesi). Un effetto osteopenizzante non trascurabile è presente anche nelle terapie croniche con farmaci immunosoppressori e con eparina.

Per le implicazioni diagnostico-terapeutiche strettamente connesse alla gestione dell'OP secondaria è utile che il paziente venga al più presto inviato allo specialista di riferimento.

Le condizioni associate ad Osteoporosi

Malattie endocrine

- Ipogonadismo
- Ipercortisolismo
- Iperparatiroidismo
- Ipertiroidismo
- Iperprolattinemia
- Diabete mellito tipo I
- Acromegalia
- Deficit GH

Malattie ematologiche

- Malattie mielo e linfoproliferative
- Mieloma multiplo
- Mastocitosi sistemica
- Talassemia

Malattie apparato gastro-enterico

- Malattie croniche epatiche
- Morbo celiaco
- Malattie infiammatorie croniche gastro-intestinali
- Gastrectomia
- Intolleranza al lattosio
- Malassorbimento intestinale
- Insufficienza pancreatica
- Intervento demolitivi dell'intestino

Malattie reumatiche

- Artrite reumatoide
- Spondilite anchilosante
- Artrite psoriasica
- LES
- Sclerodermia
- Polimialgia reumatica

Malattie renali

- Ipercalciuria idiopatica renale
- Acidosi tubulare renale
- Insufficienza renale cronica

Altre condizioni

- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Anoressia nervosa
- Emocromatosi
- Fibrosi cistica
- Malattie metaboliche del collagene (osteogenesi imperfecta, omocistinuria, Ehlers-Danlos, Marfan, ecc.)
- Trapianto d'organo
- Alcoolismo
- Fumo
- Tossicodipendenza
- Farmaci: cortisonici, immunosoppressori, diuretici dell'ansa, ormoni tiroidei a dosi soppressive in postmenopausa, anticoagulanti, chemioterapici, anticonvulsivanti, agonisti e/o antagonisti del GnRH Immobilizzatione prolungata
- Grave disabilità

La diagnosi

L'indagine densitometrica consente oggi di misurare in modo abbastanza accurato e preciso la massa ossea ed in particolare la sua densità minerale (Bone Mineral Density oBMD) in g/cm^2 di superficie ossea proiettata. La dual-energy x-ray absorptiometry (DXA) è oggi ritenuta il gold standard tra le metodiche a nostra disposizione. Essa consente una valutazione accurata attraverso il confronto tra la densità minerale riscontrata e quella media di soggetti giovani-adulti sani dello stesso sesso (picco di massa ossea). L'unità di misura utilizzata è il T-score, che esprime il numero di Deviazioni Standard (DS) del valore ottenuto rispetto al valore del picco medio di massa ossea. È stato osservato che il rischio di frattura inizia ad aumentare in maniera esponenziale con valori densitometrici di T-score ≤ - 2,5 DS che, secondo l'OMS, rappresenta la soglia strumentale per diagnosticare la presenza di OP.

La densitometria ossea, tuttavia, non consente la diagnosi clinica di OP ma valuta uno dei più importanti e facilmente quantizzabili fattori di rischio di frattura (la riduzione di BMD) così come la misurazione della pressione arteriosa rilevando l'eventuale presenza di ipertensione valuta il rischio di ictus.

BMD: categorie OMS

Per convenzione OMS, in relazione al Tscore riscontrato, la popolazione generale viene suddivisa in:

1.	***soggetti normali***	**associati a T-score**	**≥ 1 DS**
2.	**//** ***osteopenici***	**associati a T-score**	**< - 1 e > - 2,5 DS**
3.	**//** ***osteoporotici***	**associati a T-score**	**≤ - 2,5 DS**
4.	**//** ***osteoporotici gravi***	**associati a T-score**	**≤ - 2,5 DS + una o più fratture da fragilità**

Va tuttavia ricordato che la valutazione densitometrica può tradursi in diagnosi di malattia solo dopo una valutazione clinica complessiva anche di diagnostica differenziale.

Inoltre la soglia diagnostica in T-score non sempre coincide con la soglia terapeutica poiché altri fattori scheletrici ed extrascheletrici condizionano sia il rischio di frattura del singolo soggetto sia la decisione di intraprendere o meno un trattamento. Pertanto ogni valutazione diagnostica di OP, in quanto legata ad un possibile provvedimento terapeutico, va vidimata da un clinico esperto.

Una idonea valutazione ematochimica è fortemente raccomandata nei pazienti con valori densitometrici molto più bassi di quanto atteso per l'età al fine di indagare la eventuale presenza di una forma di OP secondaria. In tal senso il laboratorio è da considerarsi un utile complemento nella diagnostica dell'OP.

La normalità dei seguenti semplici esami bioumorali di I° livello esclude nel 90% dei casi altre malattie o forme di OP secondaria. Talvolta per sospetti clinici mirati bisogna procedere con più specifiche indagini di laboratorio (di II° livello).

Esami di I Livello

- VES
- Emocromo completo
- Protidemia frazionata
- Calcemia
- Fosforemia
- Fosfatasi alcalina totale
- Creatininemia
- Calciuria 24h

Esami di II Livello

- Transaminasi
- TSH, FT4, FT3
- Paratormone sierico
- 25-OH-vitamina D sierica
- Cortisoluria/24 ore
- Testosterone libero nei maschi
- Elettroforesi proteine urinarie
- Anticorpi anti-gliadina o anti-endomisio o anti-transglutaminasi
- Esami specifici per patologie associate
- Marker specifico di turnover osseo

I markers specifici del turnover osseo, dosabili nel siero o nelle urine, si dividono in **markers della neoformazione** (isoenzima osseo della fosfatasi alcalina,

osteocalcina, propeptidi del procollagene di tipo I) ed in **markers di riassorbimento** osseo (piridinolina, desossi- piridinolina, telopeptidi N o C terminali del collagene di tipo I). In soggetti adulti l'aumento dei markers del turnover scheletrico al di sopra dei valori di normalità suggerisce una accelerata perdita di massa ossea o l'esistenza di altre patologie scheletriche primitive o secondarie.

Con il miglioramento delle tecniche di dosaggio e una migliore comprensione della variabilità biologica è presumibile un loro sempre più ampio utilizzo nella gestione routinaria del paziente osteoporotico.

Al momento i markers del turnover osseo non possono essere utilizzati per una valutazione clinica routinaria.

La diagnosi strumentale

La massa – densità scheletrica può essere valutata con varie tecniche genericamente definibili come densitometria ossea (o Mineralometria Ossea Computerizzata, MOC). L'indagine densitometrica consente oggi di misurare in modo abbastanza accurato e preciso la massa ossea e rimane il miglior predittore del rischio di fratture osteoporotiche. Tuttavia la MOC è **una tecnica di valutazione di uno dei fattori di rischio di frattura e da sola non consente la diagnosi clinica di OP. La diagnosi di OP, invece, deve basarsi sui dati anamnestici, l'esame obiettivo e l'esecuzione di indagini strumentali e laboratoristiche. Pertanto l'iter diagnostico dell'OP, in quanto legata ad un possibile provvedimento terapeutico, va gestito da un clinico esperto.**

La refertazione densitometrica si basa sul raffronto con i valori medi di soggetti adulti sani dello stesso sesso (Picco di massa ossea). L'unità di misura è rappresentata dalla Deviazione Standard dal picco medio di massa ossea (T-score). Il valore si può anche esprimere in raffronto al valore medio di soggetti di pari età e sesso (Z-score), ma il risultato è meno oggettivo del T-score.

Tecniche di valutazione del trofismo osseo.

La *Densitometria ossea valutata con tecnica DXA* è da considerarsi la tecnica di elezione nella valutazione della massa ossea.

Questa tecnica consente di valutare il Bone Mineral Content (BMC, g/cm di segmento osseo) e la Bone Mineral Density (BMD, g/cm² di segmento osseo) virtualmente su ogni segmento scheletrico. I siti più frequentemente misurati sono il femore prossimale e la colonna lombare..

In generale ogni sito misura più accuratamente il rischio di frattura per quel sito. L'accuratezza del risultato densitometrico è minata da numerosi possibili condizioni clinico-patologiche interferenti che vanno considerate dal medico che lo referta e lo utilizza.

La valutazione densitometrica lombare è spesso poco accurata dopo i 65 anni per l'interferenza di osteofiti vertebrali, addensamenti artrosici, calcificazioni extra-scheletriche o fratture vertebrali.

Per queste ragioni la valutazione della densità femorale è preferibile dopo questa età.

Oltre alla DXA sono disponibili altre due tecniche di valutazione della massa ossea: **l'Indagine Ultrasuonografica** (QUS) fornisce due parametri (velocità ed attenuazione) che sono indici indiretti di massa e integrità strutturale ossea, la cui misurazione è più attendibile a livello del calcagno; gli indici US (talora combinati in uno cumulativo) sono predittivi del rischio di frattura in donne in menopausa in maniera non inferiore alla DXA. L'impiego combinato degli ultrasuoni e della densitometria può migliorare la predizione del rischio di frattura. Limite di questa indagine è la ampia eterogeneità di strumenti che danno valori non correlabili tra loro. L'indagine ultrasonografica, anche considerando i costi relativamente più bassi rispetto alla DXA, può essere raccomandata per uno screening di primo livello.

La **Tomografia computerizzata quantitativa** (QCT) consente di misurare oltre che BMC e BMD anche la densità vera (g/cm³ di tessuto) a livello di substrutture ossee (ad esempio componente trabecolare o corticale) e l'area sezionale.

La QCT non ha ancora sufficienti documentazioni in termini di predittività del rischio di frattura ed espone ad una dose non trascurabile di radiazioni, perciò

il suo utilizzo diagnostico diffuso non è giustificato.

Esistono evidenze di I livello che la DXA fornisce la migliore stima per il rischio di frattura in donne in postmenopausa. Il rischio relativo di frattura aumenta di 1,5-2,6 volte per ogni deviazione standard di riduzione del valore della densità minerale ossea (unità di T-score)

La valutazione densitometrica "total body" non ha sufficienti documentazioni in termini di predittività del rischio di frattura, per cui il suo utilizzo nella patologia osteoporotica non è giustificato.

La valutazione delle variazioni della massa ossea nel tempo possono essere utili sia per monitorare l'efficacia delle terapie sia per individuare soggetti che stanno perdendo osso ad una velocità eccessiva. La perdita annua di massa ossea nelle donne in postmenopausa è dello 0,5-2% e la maggior parte delle terapie incrementano la BMD dell'1-6% all'anno.

Queste variazioni vanno commisurate con il cosiddetto "least-detectable change" (LTD) ovvero con la variazione minima rilevabile dalla tecnica utilizzata non attribuibile all'errore della misura. **Il LTD può variare a seconda di sito e tecnica dal 2 al 4% per cui un controllo dell'indagine è generalmente giustificato solo dopo 18-36 mesi e comunque mai prima di un anno.**

Sono comparabili solo le indagini densitometriche eseguite in centri sottoposti a controlli di qualità, con lo stesso strumento e nella stessa sede scheletrica.

L'indicazione all'esecuzione di un esame successivo è proporzionale all'entità del rischio di frattura precedentemente rilevato, tenendo conto che il fine più importante dell'indagine è l'accertamento del rischio di frattura. L'intervallo di tempo può essere quindi più breve in determinate condizioni fortemente osteopenizzanti (ad esempio, terapia corticosteroidea ad alte dosi, neoplasie maligne, iperparatiroidismi primitivi e secondari, immobilizzazione prolungata).

Secondo tutte le linee guida internazionali l'indagine densitometrica è raccomandata a tutte le donne oltre i 65 anni. Per donne di età inferiore o nei maschi l'indagine è raccomandata solo in presenza di fattori di rischio come: menopausa precoce (<45 anni), magrezza (<57 kg), tabagismo, uso di farmaci osteopenizzanti, condizioni morbose potenzialmente in grado di provocare OP.

Indicazioni alla Densitometria

1. Menopausa precoce (≤45 anni);
2. In previsione di prolungati (>3 mesi) trattamenti corticosteroidei (>5 mg/die di prednisone equivalenti);
3. Donne in postmenopausa con anamnesi familiare positiva per fratture non dovute a traumi efficienti e verificatesi prima dei 75 di età;
4. Donne in postmenopausa con ridotto peso corporeo (<57 Kg) o BMI <19 Kg/m^2;
5. Riscontro radiologico di sospetta OP (questa tecnica non è validata per la diagnosi);
6. Condizioni riconosciute come possibile causa di osteoporosi secondaria;
7. Precedenti fratture non dovute a teumi efficienti;
8. Donne di età ≥ 65 anni e in menopausa da almeno 10 anni.

La morfometria vertebrale

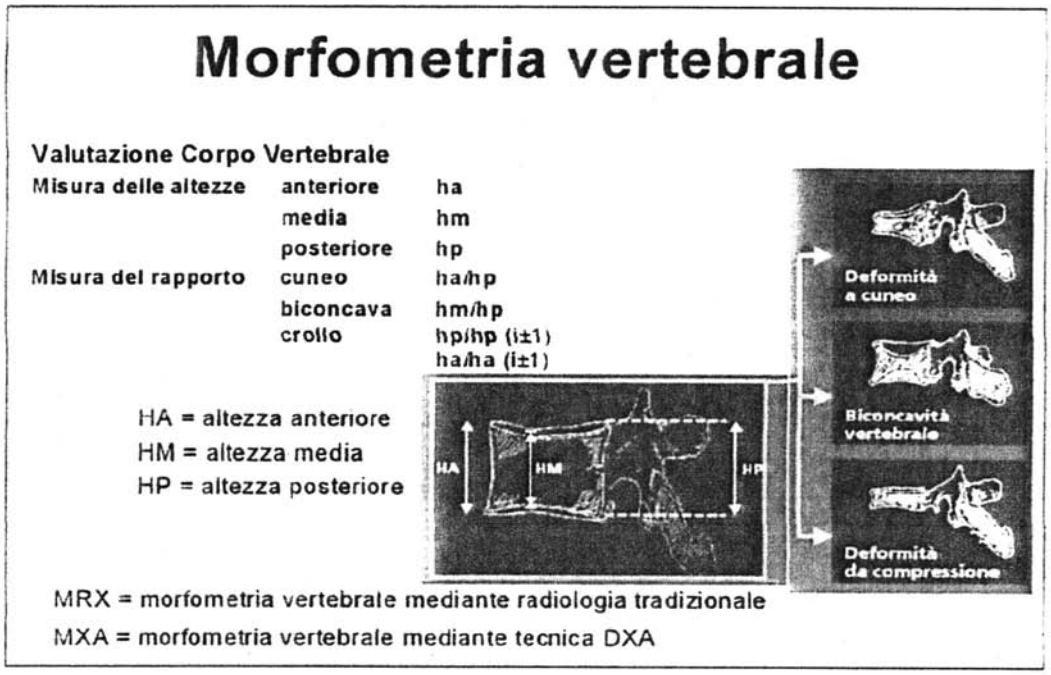
Le fratture vertebrali da fragilità possono essere diagnosticate con il metodo semiquantitativo (SQ) (vedi Fig. 2) o quantitativo, cioè con la morfometria vertebrale.

Il metodo SQ si basa su una prima fase di valutazione visiva delle immagini radiografiche del rachide per la diagnosi differenziale delle deformità vertebrali e, quindi, sulla gradazione visiva della frattura vertebrale osteoporotica in lieve, moderata o grave.

La morfometria vertebrale è la misurazione dei corpi vertebrali al fine di accertare la presenza di una frattura vertebrale sulla base del valore soglia di riduzione del 15% di una delle tre altezze del corpo vertebrale. La morfometria viene eseguita sulle immagini del rachide dorsale e lombo-sacrale ottenute con la radiologia convenzionale (MRX) o con la metodica DEXA (MXA).

In ogni caso la morfometria vertebrale non può prescindere da una precedente analisi qualitativa delle radiografie per poter escludere cause di deformità diverse dall'OP.

Figura n.2



Trattamento dell'OP: interventi non farmacologici.

La prevenzione dell'OP consiste nelle misure tese ad impedire o ritardare la comparsa della malattia. Per trattamento si intendono invece i provvedimenti rivolti ai soggetti già osteoporotici, con o senza fratture preesistenti, ad elevato rischio di prima o ulteriore frattura. I provvedimenti non farmacologici di prevenzione e trattamento sono tuttavia spesso sovrapponibili.

Alimentazione

Apporto di Calcio e Vitamina D

L'introito medio giornaliero di calcio nella popolazione italiana risulta insufficiente, specie in età senile. Ancora più drammatica è l'incidenza di ipovitaminosi D specie tra gli anziani. Queste carenze alimentari si associano a OP, fratture osteoporotiche e morbilità generale. Non esistono studi sulla efficacia di un incremento dietetico di cibi ricchi di calcio e vitamina D, anche per l'impossibilità pratica di condurli. In realtà in caso di grave carenza di vitamina D è più facile consigliare supplementi che incoraggiare diete ricche di grassi animali o l'esposizione al sole. Supplementi con calcio e vitamina D sono in grado di ridurre significativamente il rischio di frattura. La loro efficacia è proporzionale alla severità e frequenza di carenze alimentari nella popolazione trattata. In Italia la supplementazione con vitamina D si è rivelata utile anche in prevenzione primaria tra gli anziani.
Le dosi consigliabili di supplementi di calcio vanno commisurate al grado di carenza alimentare (in generale tra 500 e 1.000 mg/die). L'"intervallo terapeutico" per la vitamina D è molto ampio e questa vitamina può essere anche somministrata in boli. Gli schemi raccomandabili variano tra 400-800 U/die a 100.000-300.000 U ogni 4-6 mesi. L'uso dei metaboliti attivi della Vitamina D non è indicato per la prevenzione dell'ipovitaminosi D, presenta maggiori rischi di ipercalcemia ed ipercalciuria ed è attualmente giustificato solo in specifiche condizioni (grave insufficienza renale od epatica, grave malassorbimento intestinale, ipoparatiroidismo). La supplementazione con calcio (specie se si superano i 1.000 mg/die) è controindicata in presenza di condizioni associate a rischio di ipercalcemia (es. iperparatiridismo primitivo, granulomatosi croniche, insufficienza cortico-surrenale, ipotiroidismo) e

nelle ipercalciurie idiopatiche. Qualche cautela va anche osservata in caso di terapia concomitante con tiazidici o in presenza di insufficienza renale. In tutti i trials terapeutici condotti sinora sulla l'attività antifratturativa (bisfosfonati, SERMS, PTH, stronzio) sia ai pazienti in placebo che a quelli in trattamento attivo veniva raccomandato un adeguato apporto di calcio e vitamina D, quasi sempre con supplementi contenenti 500-1.000 mg di calcio e 400-800 Unità di vitamina D. Al momento non è noto l'effetto terapeutico di farmaci per l'OP in condizioni di inadeguato apporto di calcio e vitamina D.

Ovviamente, la normale esposizione alla radiazione solare, soprattutto nei soggetti anziani, può contribuire a contrastare la carenza di vit. D.

Altri nutrienti

L'aumento dell'apporto proteico in soggetti con inadeguato introito riduce il rischio di fratture del femore in entrambi i sessi.

Un eccessivo introito di *ferro* potrebbe associarsi ad un rischio aumentato di fratture di femore.

Attività fisica

E noto che periodi anche brevi di immobilizzazione sono particolarmente deleteri per la massa ossea. Meno "quantizzato" è il ruolo di un programma di attività fisica sulla prevenzione dell'OP. L'impatto di tali programmi appare variare in funzione della frequenza, durata, intensità del programma, età di inizio. Inoltre il suo impatto è specifico per la sede scheletrica sottoposta a carico.

Tuttavia, numerosi dati epidemiologici, clinici e sperimentali suggeriscono che l'esercizio fisico regolare, soprattutto quello di resistenza e ad alto impatto, aumenta la BMD soprattutto se praticato durante l'adolescenza, favorendo il raggiungimento di un adeguato Picco di Massa Ossea. Studi di popolazione, randomizzati e controllati in donne in premenopausa hanno confermato i benefici effetti dell'esercizio fisico sulla BMD, soprattutto femorale, dimostrando che una regolare attività fisica può rappresentare un metodo efficiente, sicuro ed economico di prevenzione dell'OP. E' importante incoraggiare pure nei soggetti di età avanzata un'attività fisica regolare, anche modesta (per esempio camminare almeno mezz'ora

al giorno), perché potenziando il tono muscolare e migliorando l'equilibrio posturale si potranno più facilmente eseguire correttamente alcuni gesti o attività della vita quotidiana prevenendo le cadute o gli effetti deleteri delle cadute.

Interventi sul rischio di caduta

L'attività fisica, in particolare esercizi personalizzati di rinforzo muscolare e di rieducazione all'equilibrio ed alla deambulazione, hanno mostrato di ridurre negli anziani sia il rischio di cadute che di traumi correlati.

E' opportunó, inoltre, far rimuovere all'interno delle abitazioni di soggetti anziani le possibili cause di caduta accidentale (tappeti non fissati, pavimentazioni scivolose, barriere architettoniche, ecc.) e consigliare ausilii "antiscivolo" (calzature più comode, tappetini da bagno antiscivolo, corrimano e maniglie anticaduta, illuminazione notturna, elevatori meccanici, ecc.).

Il trattamento farmacologico

Il trattamento dell'OP deve essere finalizzato alla riduzione del rischio di frattura. I provvedimenti non farmacologici (dieta, esposizione al sole, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, igiene di vita) possono essere raccomandati a tutti in assenza di controindicazioni.

L'utilizzo di farmaci specifici, sia per la prevenzione sia per la terapia, è condizionato dal rapporto rischio/beneficio la cui valutazione è sempre complessa sul piano individuale, ed è spesso condizionata, quando si disegnano le strategie per interi segmenti di popolazione, da aspetti di farmaco-economia.

Rischi fratturativi superiori al 20-30% a 10 anni rappresentano una soglia di intervento socialmente inconfutabile. Condizioni di rischio di questa entità sono quelli associati a precedenti fratture osteoporotiche ed alla terapia cortisonica (almeno per dosi >5 mg/die, prednisone equivalenti, assunti continuativamente per più di tre mesi). In questi ultimi due casi il rischio di frattura è così elevato che la decisione di avviare una terapia farmacologica può prescindere dai valori densitometrici.

Per questi livelli di rischio si applicano i criteri di rimborsabilità della nota 79.

La definizione della soglia di intervento farmacologico in prevenzione primaria risulta più complessa.

Individuazione del paziente da trattare

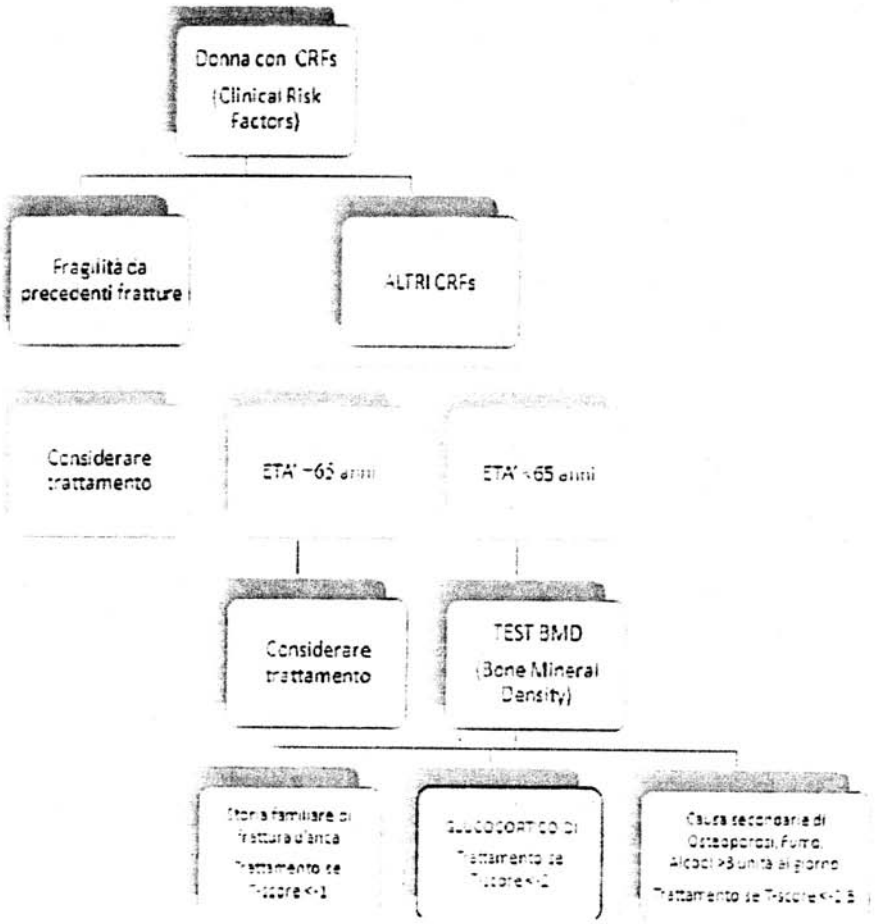
Algoritmi decisionali per l'indicazione al trattamento farmacologico

Molte linee guida hanno cercato di identificare la soglia di intervento "farmacologico" sulla base di valori densitometrici (ad esempio **T-score < –2,0** o **2,5**). Questo approccio è sempre parso piuttosto limitato tenendo conto del "rischio attuale" di frattura piuttosto che del "life-time risk" o comunque del rischio proiettato in un arco di tempo realistico (ad esempio 10 anni) ed ignorando il contributo di altri fattori di rischio molto critici.

L'ALGORITMO CLINICO

Un approccio più adeguato, di tipo prettamente clinico, prevede la formulazione di algoritmi di stima del rischio di frattura che tengano conto non solo della BMD, ma anche dell'età del paziente e dei fattori di rischio clinico (Fig.3 e Tab. 2 "Fattori di Rischio Clinici correlati"). Tali algoritmi, pur avendo il pregio della semplicità e della applicabilità anche in condizioni nelle quali la consultazione delle tabelle informatizzate del FRAX non e possibile, soffrono anche loro della limitazione di una meno precisa valutazione del rischio "life-time"

Fig. 3 Algoritmo Decisionale per il trattamento di donne in menopausa, basato sulla interazione della BMD con l'età ed i fattori clinici di rischio.



Tab. 2 Fattori di Rischio Clinici correlati con l'Algoritmo di Figura 3

Fattori di rischio clinici (CRFs) più comuni:

- **Età;**
- **Sesso;**
- **BMI;**
- **Fragilità dovuta a precedenti fratture, particolarmente dell'Anca, Polso e Spina Dorsale incluse anche fratture vertebrali morfometriche;**
- **Familiarità per fratture dell'anca;**
- **Trattamento con Glucocortioidi (>5 mg *Prednisone al giorno o equivalenti per 3 mesi o più*);**
- **Fumo;**
- **Consumo di Alcool 3 o più unità giornaliere;**
- **Cause secondarie di osteoporosi:**
  - Artrite Reumatoide;
  - Ipogonadismo in uomini e donne non trattati, e.g. menopausa prematura, ooforectomia e orchiectomia bilaterale, anoressia nervosa, chemioterapia per cancro al seno ipopituitarismo,
  - Patologie Infiammatorie intestinali, e.g. Malattia di Crohn e coliti ulcerative. Va osservato che il rischio è in parte dipendente dall'uso di glucocorticoidi ma un rischio indipendente rimane anche dopo aggiustamenti all'esposizione a glucocorticoidi;
  - Prolungata immobilità, e.g. lesioni del midollo spinale, malattia di Parkinson, ictus, distrofia muscolare, spondilite anchilosante;
  - Trapianto di organo;
  - Diabete tipo I;
  - Disordini della tiroide, e.g. ipertiroidismo non trattato e ipertiroidismo sopratrattato;
  - Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO).

L'ALGORITMO "FRAX"

Recentemente la WHO ha proposto un sistema di calcolo della probabilità a 10 anni di frattura osteoporotica dell'anca o in altra sede principale. Questo algoritmo mette in combinazione il valore della BMD (T-score) o, in sua assenza, della BMI (Kg/m^2) con i principali fattori di rischio clinico (CRFs) di OP e di frattura osteoporotica. La tabella FRAX™ (http://www.shef.ac.uk/FRAX) deve essere messa in relazione all'Indice epidemiologico di ciascun Paese europeo categorizzato per differenti livelli di rischio clinico di frattura (molto alto, alto, medio e basso) (Tab. 3 e Tab 4).

Lo sviluppo di questi algoritmi ci consente di quantificare in maniera molto più precisa il rischio fratturativo e, quindi, soprattutto di modulare la soglia di intervento farmacologico nella prevenzione primaria (Fig. 4).

Nelle Tabelle 3 e 4 sono riportati i dati relativi alla popolazione Italiana, valide anche anche per UK, Germania, Finlandia, Svezia, Portogallo, Svizzera considerate come categorie a rischio alto).

Tab. 3 FRAX ™ La WHO ha sviluppato, in relazione alla **BMI (Kg/m²)**, un sistema di calcolo sulla probabilità (%) a 10 anni di frattura dell'anca o di altro tipo legate all'OP. In relazione all'Indice epidemiologico dei Paesi europei (rischio clinico di frattura molto alto, alto, medio e basso).

Numero di Fattori di Rischio Clinici	BMI (Kg/m²)						
	15	20	25	30	35	40	45
0	4,5	3,9	3,6	3,2	2,8	2,4	2,1
1	7,3 (5,2-11)	6,2 (4,4-8,7)	5,7 (3,9-7,7)	4,9 (3,4-6,7)	4,3 (2,9-5,8)	3,8 (2,6-5,1)	3,3 (2,2-4,4)
2	12 (6,7-11)	9,8 (5,5-16)	8,7 (4,8-14)	7,8 (4,2-13)	6,6 (3,6-11)	5,9 (3,1-9,7)	5,0 (2,7-8,5)
3	18 (10-29)	15 (7,9-25)	13 (6,7-23)	11 (5,8-20)	10 (5,0-18)	8,7 (4,3-16)	7,6 (3,7-14)
4	28 (16-40)	23 (14-34)	20 (11-30)	17 (9,7-27)	15 (8,4-24)	13 (7,2-21)	11 (6,2-18)
5	41 (29-49)	33 (23-41)	28 (20-36)	25 (17-32)	22 (15-28)	19 (13-25)	17 (1,2-22)
6	57	47	40	35	31	27	24

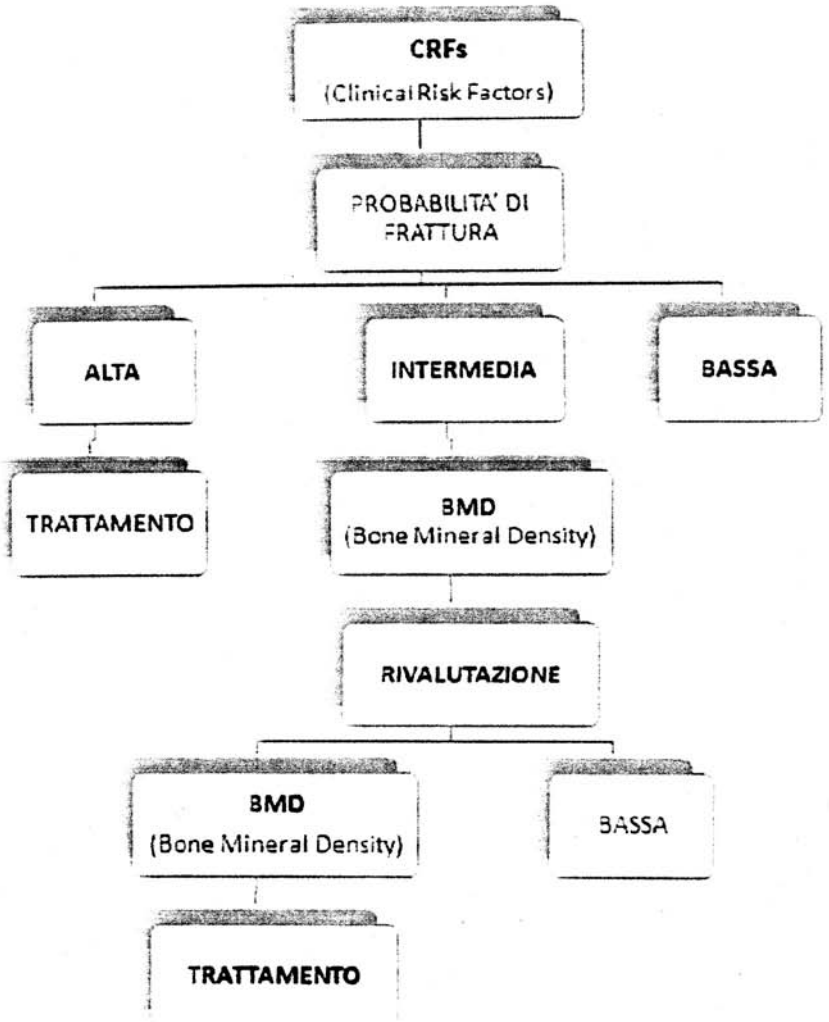
Tab. 4 FRAX ™ La WHO ha sviluppato, in relazione alla **BMD T-score**, un sistema di calcolo sulla probabilità (%) a 10 anni di frattura dell'anca o di altro tipo legate all'OP. In relazione all'Indice epidemiologico dei Paesi europei (rischio clinico di frattura molto alto, alto, medio e basso).

Numero di Fattori di Rischio Clinici	BMD T-score (stessi femori)										
	-4,0	-3,5	-3,0	-2,5	-2,0	-1,5	-1,0	-0,5	0	0,5	1,0
0	18	12	8,8	6,6	5,2	4,2	3,6	3,3	3,1	2,9	2,7
1	27 (24-32)	19 (16-22)	13 (11-16)	9,9 (7,7-12)	7,6 (5,7-9,7)	5,3 (4,5-8,3)	5,3 (3,6-7,2)	4,9 (3,3-6,7)	4,6 (3,0-6,3)	4,3 (2,8-6,0)	4,1 (2,6-5,7)
2	36 (31-40)	27 (22-36)	19 (15-26)	15 (10-20)	11 (7,3-17)	9,3 (5,6-13)	7,8 (4,5-13)	7,2 (3,9-12)	6,7 (3,6-11)	6,3 (3,3-10)	6,0 (3,1-10)
3	52 (42-64)	39 (26-48)	29 (20-39)	21 (14-32)	16 (9,7-27)	13 (7,3-23)	11 (5,8-20)	10 (5,1-19)	9,5 (4,6-18)	9,1 (4,2-17)	8,6 (4,0-16)
4	65 (51-75)	51 (37-59)	38 (27-48)	29 (20-40)	22 (15-33)	19 (12-23)	16 (9,5-25)	15 (8,3-24)	14 (7,5-22)	13 (7,0-21)	12 (6,5-20)
5	80 (72-85)	65 (56-70)	51 (42-56)	40 (32-47)	32 (25-39)	26 (21-34)	22 (17-29)	20 (15-27)	18 (13-26)	18 (12-25)	17 (12-24)
6	90	79	64	52	42	35	30	27	26	24	23

Classificazione dei Paesi Europei riferita alla popolazione con rischio di fratture d'anca.

Categoria di RISCHIO	PAESE	PAESE SIMILARE
MOLTO ALTO	SVEZIA	DANIMARCA ISLANDA NORVEGIA
ALTO	REGNO UNITO ITALIA	GERMANIA FINLANDIA GRECIA UNGHERIA PAESI BASSI PORTOGALLO SVIZZERA
MEDIO	FRANCIA SPAGNA	
BASSO	TURCHIA	

Fig. 4 Algoritmo per il calcolo della probabilità di frattura, basato sulle tabelle FRAX.



Bifosfonati.

I Bisfosfonati sono i farmaci più studiati e da più tempo utilizzati nella cura dell'OP. Essi sono forniti di una convincente documentazione di efficacia nella riduzione del rischio sia di fratture vertebrali che non vertebrali. Il loro assorbimento orale è assai modesto (0.5-5%) anche quando il farmaco è assunto a stomaco vuoto, la loro emivita plasmatica è di circa 1 ora con clearance prevalentemente renale (40-80%). La rimanente quota viene captata dal tessuto osseo dove il farmaco presenta una lunga emivita. Gli eventi avversi che più frequentemente si associano al trattamento con bisfosfonati per os sono quelli a carico dell'apparato gastrointestinale, la cui incidenza è inversamente proporzionale all'intervallo tra le assunzioni.

L'Alendronato ed il Risedronato presentano entrambi un'ampia documentazione di efficacia nella riduzione del rischio delle fratture vertebrali e non vertebrali (in particolare quelle di femore) in soggetti affetti da OP. Altrettanto ampia è la documentazione di efficacia nei soggetti con OP secondaria all'uso di glucocorticosteroidi, patologia con rischio di frattura assai elevato (1/3 dei pazienti si frattura entro 5 anni) e a rapida insorgenza (significativo già dopo tre mesi). A tal proposito è opportuno segnalare che i pazienti trattati con dosi di prednisone di 5 mg die o inferiori o con steroidi per via inalatoria, anche se non rientrano nella Nota 79, appaiono nella pratica clinica comunque con aumentato rischio di frattura, sia per l'effetto del glucocorticoide sia della malattia che ne ha richiesto l'uso.

L'Ibandronato, in soggetti osteoporotici, ha mostrato effetti significativi nella riduzione del rischio di fratture vertebrali, mentre su quelle non vertebrali la sua efficacia non è stata sufficientemente documentata.

Lo Zoledronato è un aminobisfosfonato con documentata efficacia nel ridurre il rischio di nuove lesione scheletriche in soggetti con mieloma multiplo, metastasi ossee, ipercalcemia neoplastica. Recentemente è stata documentata la sua utilità nella prevenzione dell'osteopenia indotta dagli antiandrogeni nei pazienti affetti da cancro della prostata.

Altrettanto recentemente, questo bisfosfonato ha ottenuto l'approvazione, ad un dosaggio inferiore, per il trattamento dell'OP sia post-menopausale sia maschile. Con questa indicazione il farmaco è utilizzato in monosomministrazione endoveno-

sa annuale (5 mg/anno). In particolare il farmaco ha documentato efficacia in pazienti osteoporotici, con recente frattura femorale, nel ridurre il rischio di nuova frattura.

Alle stesse dosi il farmaco ha indicazione nel trattamento del morbo di Paget.

L'Etidronato ed il Clodronato, assunti per via orale, aumentano la BMD vertebrale nelle donne in menopausa e mantengono stabile quella del collo femorale, mentre la loro efficacia antifratturativa è stata documentata in studi non conclusivi e solo per le fratture vertebrali. Sulla base delle evidenze scientifiche possono entrambi essere considerati farmaci di seconda scelta che possono essere utilizzati nella prevenzione primaria. L'Etidronato è approvato esclusivamente nel trattamento del Morbo di Paget osseo.

Il Neridronato è un aminobifosfonato di seconda generazione somministrato per via parenterale. Le caratteristiche farmacodinamiche del farmaco sono sovrapponibili a quelle degli altri aminobifosfonati. La sua attività anti-riassorbitiva è sovrapponibile a quella del Pamidronato. Il suo utilizzo è approvato nella cura dell'Osteogenesi imperfetta e del Morbo di Paget osseo.

Il Pamidronato è un aminobifosfonato che ha indicazione nel trattamento delle condizioni associate a spiccato aumento dell'attività degli osteoclasti: 1) Ipercalcemia indotta da tumore (TIH); 2) Lesioni osteolitiche metastatiche associate a cancro della mammella in aggiunta alla terapia specifica del tumore; 3) Lesioni osteolitiche nel mieloma multiplo allo stadio III. Si somministra solo per infusione endovenosa.

Paratormone e derivati.

Il Paratormone od il suo derivato, Teriparatide, somministrato per un periodo medio di 21 mesi a donne in menopausa con almeno una frattura vertebrale, si è dimostrato in grado di ridurre significativamente il rischio di frattura vertebrale e non vertebrale. Essi stimolano la neoformazione ossea da parte degli osteoblasti, così come documentato dall'incremento dei livelli di fosfatasi alcalina ossea e della BMD lombare e femorale.

Il Paratormone è registrato per la terapia dell'OP postmenopausale grave, mentre Teriparatide ha autorizzazione anche nell'OP grave maschile e secondaria

all'uso di glucocorticosteroidi. La loro assunzione determina più precocemente incremento della massa ossea trabecolare, mentre l'effetto sull'osso corticale è tardivo e forse lievemente inferiore di quello dei bisfosfonati. Al momento questi farmaci sono indicati solo nelle forme più severe di OP (pazienti con più di una frattura o non responsivi alla terapia con farmaci anti-riassorbitivi: bisfosfonati, raloxifene, ranelato).

In Italia la **prescrizione è a carico del SSN**, su **diagnosi e Piano Terapeutico** della durata di **6 mesi**, prolungabile per ulteriori periodi di 6 mesi per **non più di altre 2 volte** (per un totale complessivo di 18 mesi), dai Centri Specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regioni.

Ranelato di stronzio

La terapia con ranelato di stronzio è stata recentemente approvata per la riduzione del rischio delle fratture vertebrali e di femore in soggetti con OP primitiva e OP da glucocorticosteroidi. Lo stronzio ranelato riduce il rischio di fratture vertebrali e non vertebrali in maniera abbastanza vicina a quella di alendronato e risedronato. La componente attiva è rappresentata dallo stronzio che si sostituisce al calcio a livello osseo. Gli incrementi densitometrici (BMD) osservabili in corso di terapia con stronzio sono legati per il 50% ad un artefatto (peso atomico dello stronzio superiore a quello del calcio).

La Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS)

L'indicazione alla somministrazione di Estrogeni e di Progestinici (TOS) in donne in postmenopausa per la prevenzione e la terapia dell'OP ha subito di recente una radicale variazione essenzialmente in relazione ai risultati dello studio WHI, che ne ha messo in evidenza gli sfavorevoli rapporti rischi/benefici: in conseguenza, le varie Agenzie governative europee hanno suggerito di eliminare l'indicazione "Prevenzione e trattamento dell'OP" dai foglietti illustrativi dei relativi preparati.

Occorre tenere presente che la TOS, che rappresenta un efficace mezzo per compensare i disturbi vasomotori tipici della menopausa, pur essendosi dimostrata efficace nella prevenzione delle fratture osteoporotiche, non può essere considerata una valida opzione per il trattamento a lungo termine essenzialmente per ragioni di safety, in particolare connesse al maggiore rischio di carcinoma mammario, di fenomeni ischemici e di tromboembolismo venoso; in ogni caso essa deve essere considerata efficace nella prevenzione della ulteriore perdita di massa ossea in donne con OP menopausale oppure in menopausa precoce.

I Modulatori Selettivi del Recettore Estrogenico (SERMs)

I modulatori selettivi del recettore estrogenico (SERM) sono composti sintetici non ormonali in grado di legarsi al recettore per gli estrogeni e produrre effetti agonistici (estrogeno-simili) o antagonistici a seconda del tessuto-bersaglio. Attualmente è approvato nella riduzione del rischio fratturativo, in soggetti con OP primitiva, il solo Raloxifene, che produce effetti simil-estrogenici a livello del tessuto osseo e dei lipidi plasmatici ed effetti anti-estrogenici a livello di utero e mammella. L'efficacia antifratturativa del Raloxifene è stata valutata nello studio MORE che ha evidenziato come il farmaco riduca dopo tre anni l'incidenza delle fratture vertebrali sia in donne che già erano andate incontro ad una frattura (-30%), sia in quelle senza precedenti fratture (-50%). Ad oggi il farmaco non ha documentato efficacia nella riduzione del rischio di fratture non-vertebrali, in particolare delle fratture di femore.

Grado di raccomandazione per la terapia

	Donne prevenzione	Donne terapia	OP cortisone prevenzione	OP cortisone terapia	Maschi
Alendronato	A	A	A	A	A
Risedronato	A	A	A	A	A
Ibandronato	A	A	/	A	/
Etidronato	A	B	A	B	B
Clodronato	B/C	B/C	/	/	/
Paratormone	/	A	C	C	C
Teriparatide	/	A	C	A	A
Stronzio ranelato	A	A	/	A	/
Terapia ormonale sostitutiva	A*	A*	/	/	/
Raloxifene	A**	A**	/	/	/

Forza delle Raccomandazioni:

- **A.** Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
- **B.** Si nutrono dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba essere sempre raccomandato ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- **C.** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura od intervento
- **D.** L'esecuzione della procedura non è raccomandabile
- **E.** Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

*l'efficacia antifratturativa va considerata alla luce degli effetti potenzialemnte negativi;
**per le sole fratture vertebrali

La Nota AIFA 79

I farmaci considerati di scelta nell'OP ad elevato rischio di frattura sono l'alendronato, il risedronato, l'ibandronato, il ranelato di stronzio e il raloxifene; in Italia vengono concessi gratuitamente, ai sensi della Nota 79 a:

a) soggetti di età > 50 anni in cui sia previsto un trattamento > 3 mesi con dosi di prednisone > 5 mg/die o dosi equivalenti di altri cortisonici:

– Ac. Alendronico

- Ac.Risedronico
- Ac. Alendronico + Vit. D3

b) soggetti con pregresse fratture osteoporotiche vertebrali o di femore;

c) soggetti di età > 50 anni con T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno ≤ - 4 (o ≤ - 5 per ultrasonografia delle falangi);

d) soggetti di età > 50 anni con T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno ≤ - 3 (o ≤ - 4 ultrasonografia delle falangi) con almeno uno dei seguenti fattori di rischio:

- *storia familiare di fratture vertebrali;*
- *artrite reumatoide e altre connettiviti;*
- *pregressa frattura osteoporotica al polso;*
- *menopausa prima dei 45 anni di età;*
- *terapia cortisonica cronica.*

- Ac. Alendronico
- Ac. Alendronico + Vit. D3
- Ac.Risedronico
- Ac. Ibandronico
- Raloxifene
- Ranelato di stronzio

e) Teriparatide e Ormone Paratiroideo sono prescrivibili con Piano terapeutico specifico (durata 6 mesi + 6 + 6 , rinnovabile massimo 18 mesi):

- Soggetti con nuova frattura vertebrale o femorale già in trattamento da almeno un anno con uno degli altri farmaci della nota 79.
- Soggetti anche se in precedenza mai trattati con altri farmaci della nota 79 che presentino tre o più fratture vertebrali severe oppure 2 fratture vertebrali severe ed 1 frattura di femore prossimale.

f) Teriparatide è prescrivibile su Piano terapeutico specifico (durata 6 mesi + 6 + 6 , rinnovabile massimo 18 mesi) in soggetti di età > 50 anni, in trattamento da più di 12 mesi con dosi > 5 mg/die di prednisone o dosi equivalenti di altri corticosteroidi e che si presentano con una frattura vertebrale severa o due fratture vertebrali moderate.

La Nota 79, inoltre, chiarisce in maniera chiara che per l'applicazione della nota la valutazione della massa ossea con tecnica DeXA o ad ultrasuoni deve essere fatta presso strutture pubbli-

venzionate con il SSN. Le strutture pubbliche o convenzionate vengono periodicamente sottoposte a controlli di qualità.

Raccomandazioni Farmacoeconomiche.

Là dove indicato, e secondo parere clinico, il farmaco va scelto considerando il rapporto costo/efficacia migliore per riservarsi l'opportunità di contribuire al progetto di **spesa programmata**. Quindi, nel rispetto delle scelte cliniche e del miglior impiego di risorse pubbliche, al fine di poter garantire a tutti i cittadini i trattamenti con farmaci tecnologicamente avanzati, se pur ad alto costo, si suggerisce l'utilizzo del prodotto a miglior rapporto costo/efficacia.

Tabella n.5 Costo annuo e rimborsabilità della terapia farmacologica per OP (da Banca Dati Federfarma 2009)

Principio attivo	Rimborso SSN*	Costo/Anno per paziente**
Aledronato 10 mg	SI NOTA 79	min: € 307,38 max: € 448,95
Aledronato 70 mg	SI NOTA 79	min: € 252,26 max: € 313,37
Clodronato 400 mg x os	SI NOTA 42)	€ 955,20
Clodronato 100 mg fl (somm. i.m./settimana)	NO	€ 104,29
Clodronato 100 mg fl (somm. i.m./settimana) + Lidocaina	NO	min: € 169,46 max: € 179,45
Ibandronato 150 mg per os	SI NOTA 79	€ 524,40
Risedronato 5mg	SI NOTA 79	€ 417,14
Risedronato 35 mg	SI NOTA 79	€ 473,51
Risedronato 75 mg	SI NOTA 79	€ 451,44
Zoledronato 0,05 mg/ml fl. e.v.	OSP 2	€ 310,55***
Paratormone	SI Piano Terapeutico	€ 6.523,98
Teriparatide	SI Piano Terapeutico	€ 7.419,23
Ranelato di Stronzio	SI NOTA 79	€ 664,30

* Il costo dei farmaci soggetti a Nota 79 e lo **Zoledronato** sono a carico del SSN mentre il **Clodronato** è a carico del paziente.

** I costi per anno/paziente sono riferiti ai dosaggi autorizzati e prezzi al 30.06.2009

*** Farmaco ad esclusiva distribuzione ospedaliera (H-OSP2). Prezzo al pubblico € 529,49; prezzo ex factory € 310,55

L'OP maschile

Recenti osservazioni hanno documentato come l'OP rappresenti un problema di salute pubblica anche nei maschi. Circa il 20% di tutte le fratture di femore ed oltre il 30% di tutte le fratture vertebrali si verificano nel sesso maschile. Inoltre, le fratture osteoporotiche nell'uomo sono associate ad una maggiore mortalità e morbilità.

Nella popolazione maschile la forma più comune di OP è quella secondaria, circa il 50% dei casi, mentre nella donna tale sottogruppo rappresenta il 20% delle pazienti osteoporotiche. Tra le principali cause dell'OP secondaria maschile si riconoscono l'ipogonadismo, l'alcoolismo, il mieloma multiplo, l'iperparatiroidismo, il malassorbimento gastro-intestinale e l'uso di corticosteroidi.

I valori densitometrici della popolazione maschile sono meno documentati rispetto quanto definito nella popolazione femminile e, nella pratica clinica, si utilizzano le stesse categorie densitometriche della donna. L'esperienza clinica, tuttavia, suggerisce che probabilmente a parità di soglia densitometrica corrisponda un maggior rischio fratturativo nel maschio.

I risultati di recenti Studi hanno consentito l'autorizzazione dell'uso di Alendronato e Risedronato in soggetti di sesso maschile ad alto rischio di frattura osteoporotica. Ancor più recentemente Teriparatide ha ottenuto l'approvazione al suo utilizzo nell'uomo affetto da OP grave.

Appendice

I Bisfosfonati (BF) sono i farmaci da più tempo utilizzati nel trattamento dell'OP e, ad oggi, ne rappresentano la terapia di riferimento. Tuttavia alcuni effetti collaterali associati al loro uso, seppure molto rari, sono diventati di grande attualità rendendo necessario fare chiarezza sulla reale dimensione del problema.

Osteonecrosi della mandibola/mascella (ONJ) in pazienti in terapia con BF.

I bisfosfonati sono farmaci generalmente ben tollerati e rari sono gli effetti collaterali rilevanti associati al loro uso. L'ONJ è una patologia invalidante, a carattere progressivo e con scarsa tendenza alla guarigione, descritta in associazione all'uso del fosforo bianco, alla radioterapia, alla chemioterapia e solo recentemente (il primo lavoro scientifico è del 2003) alla terapia con BF. Tale associazione è stata osservata soprattutto con gli aminobisfonati praticati ad alto dosaggio per via e.v. nei pazienti con malattia metastatica ossea e sottoposti ad interventi di chirurgia odontoiatrica. Infatti, l'attuale livello di evidenza (secondo la medicina basata sull'evidenza) relativa alla relazione causale tra ONJ e terapia con bisfosfonati in pazienti con OP in termini di patogenesi, epidemiologia e trattamento è piuttosto basso, ma il timore che l'incremento della esposizione temporale e del numero dei pazienti sottoposti a tali terapie possa causarne un significativo aumento dell'incidenza induce a mantenere elevato il grado di attenzione al problema. Dati di un certo rilievo derivano dal campo di utilizzo oncologico.

Vi è oggi la necessità di una stima precisa della prevalenza dell'ONJ nella popolazione generale, alla quale in realtà appartengono i soggetti con OP. E' prevedibile che con una maggiore sensibilizzazione alla diagnosi e con l'incremento della esposizione temporale e del numero dei pazienti sottoposti a tali terapie, l'incidenza di ONJ associata al trattamento con BF in soggetti osteoporotici possa aumentare.

Attualmente, una visita odontoiatrica preventiva è da raccomandarsi in caso di concomitanza di fattori di rischio quali: neoplasie, chemioterapia, assunzione cronica di corticosteroidi, utilizzo di immunosoppressori e in casi di scarsa igiene orale (vedi Tab.6).

Tabella 6 . Valutazione Livello igiene orale.

Buona	1. se con dentatura ben conservata e buono stato parodontale; edentuli con protesi congrue.
Media	2. se con pochi elementi dentali e scarse condizione igieniche.
Scarsa	3. portatore di protesi incongrue, impianti endoossei, con pregressa storia di plurime estrazioni dentali e parodontopatia diffusa.

Definizione

Anche se non esiste una definizione universalmente accettata, specifici gruppi di studio di Società scientifiche internazionali (ADA, American Dental Association, ESCEO, European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, ASBMR, American Society for Bone and Mineral Research, AAOMS, American Association of Oral and maxillofacial Surgeons) in accordo hanno proposto recentemente la seguente definizione: "Esposizione ossea a livello mascellare e/o mandibolare persistente da almeno 8 settimane, associata a trattamento in corso o pregresso con elevate dosi di BF per periodi prolungati, in assenza di pregressi trattamenti radianti e di metastasi".

Normalmente, la mandibola e la mascella sono le uniche ossa coinvolte nell'ONJ da BF; nel 70% dei casi l'effetto si manifesta nella mandibola (regione dei molari), mentre nel 30% dei casi l'ONJ compare nella regione mascellare posteriore; soltanto in pochi casi coinvolge entrambe le ossa.

Nel 70-80% dei casi, si manifesta inizialmente con una mancata guarigione o con un ritardo nel processo di guarigione della mascella o della mandibola dopo un estrazione dentaria o un qualsiasi altro intervento di chirurgia orale; nel 25-40% dei casi insorge spontaneamente senza alcuna correlazione a particolari traumi.

La principale differenza nell'utilizzo dei BF tra le varie forme di OP e l'oncologia (dove si riscontra la maggiore frequenza di ONJ) non e nel tipo di BF ma nello schema posologico utilizzato (dosi e frequenza di somministrazione). Nell'OP sono sufficienti basse dosi e refratte ed è utilizzata prevalentemente la via orale, attraverso la quale la disponibilità del farmaco è pari all'0,5-2% della quota assunta. Per Ibandronato e Zoledronato è stata recentemente approvata la formula-

zione e.v., ma utilizzando schemi intermittenti molto refratti. In ambito oncologico, invece, essendo necessari dosaggi molto più elevati, si ricorre esclusivamente a somministrazioni e.v. (disponibilità del 100%) piuttosto ravvicinate. In altri termini un paziente oncologico riceve in un anno una dose paragonabile a quella potenzialmente assunta in 10 anni di trattamento da un paziente con OP.

La mancanza di una definizione e di una descrizione clinica univoche dell'ONJ da BF rende difficoltosa l'accuratezza delle valutazioni epidemiologiche e, sebbene il numero di casi segnalati aumenti progressivamente, la reale prevalenza ed incidenza nei pazienti con OP non è chiara. Gran parte dei dati pubblicati sono case report o case series, spesso con casistiche di singoli centri.

L'incidenza di ONJ con l'uso di BF orali per l'OP è stimata circa 0,7-1 casi/100.000 persone/anno, mentre arriva al 10% nei pazienti in terapia per metastasi ossee.

Prevenzione e terapia

E' stata pubblicata una serie di raccomandazioni per la "gestione" del paziente in trattamento con BF, le quali tuttavia presentano alcuni sostanziali limiti: a) molte di esse equiparano tutti i pazienti che con diverse indicazioni sono in terapia con BF; b) vi è una totale assenza di evidenze alla base delle raccomandazioni, basate invece sull'opinione di un panel di esperti; c) mancano completamente studi di efficacia delle misure preventive e terapeutiche dell'ONJ da BF.

Alla luce di quanto sopra esposto proponiamo le seguenti raccomandazioni, in accordo con quanto segnalato da SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiana) e ASBMR.

RACCOMANDAZIONI RELATIVE ALL'ONJ ASSOCIATA A TERAPIA CON BF IN PAZIENTI CON OP

1. Cosa fare nei pazienti che iniziano la terapia con BF (orale o e.v.)

A. I pazienti vanno correttamente informati sui benefici della terapia e dei possi-

bili rischi connessi, compresa la reale entità del rischio di ONJ (1 caso ogni 10000-100000 pazienti trattati per anno), dovranno essere intervistati sulla condizione orale ed istruiti a segnalare mobilità dentarie, presenza di protesi, dolore nel cavo orale, tumefazioni e infiammazioni della mucosa gengivale e vanno invitati a informare il loro odontoiatra dell'inizio della terapia con BF. Andrà raccomandata e monitorata l'igiene e la salute orale, come nella popolazione generale. Poiché il rischio di ONJ è molto basso ed aumenta con la durata della terapia, non è sempre necessario raccomandare una visita odontoiatrica prima di iniziare la terapia.

B. Possono essere considerati a maggior rischio di ONJ i soggetti con patologia buccodentale e/o i soggetti che per la patologia e/o la terapia in atto presentano compromissione del sistema immunitario e/o maggior rischio infettivo. A queste categorie di soggetti potrà essere consigliato di sottoporsi a visita odontoiatrica, sulla base del giudizio clinico del curante, prima di iniziare il trattamento con BF e, qualora vi siano interventi invasivi odontoiatrici urgenti (problemi odontoiatrici acuti ed impianti dentari), si potrà consigliare di anticipare l'intervento odontoiatrico rispetto all'avvio della terapia con BF.

2. Cosa fare nei pazienti in terapia con BF (orali o e.v.)

A. Se un soggetto è già in terapia con BF, andrà raccomandata un'attenta igiene orale, raccomandando il trattamento odontoiatrico di qualsiasi infezione del cavo orale. Non sono controindicate estrazioni o altri interventi invasivi o l'implantologia previa una attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio specifico del paziente e l'ottenimento del consenso informato, in modo particolare nei pazienti che assumono BF da più di tre anni.

B. Se è necessario un intervento chirurgico nel cavo orale anche di minima entità è consigliata una adeguata preparazione iniziale (igiene professionale, istruzione all'igiene, ect.) ed un'adeguata profilassi antibiotica (es.: amoxicillina/ac. clavulanico, eventualmente combinata a metronidazolo, per almeno 2 giorni prima e 7-10 giorni dopo l'intervento) e, anche nel caso di estrazione, sutura ed eventuale chiusura con lembo e monitoraggio della ferita fino alla guarigione.

C. Una sospensione del BF per un periodo di alcune settimane prima e dopo l'intervento odontoiatrico invasivo può essere raccomandato in via cautelativa, anche se non esistono evidenze che ciò riduca il rischio di ONJ.

3. Cosa fare in caso di ONJ.

Qualora sviluppi compaia una ONJ la terapia con BF va sospesa e il paziente va affidato allo specialista. La scelta se riprendere, la terapia con bisfonati, una volta guarita l'ONJ, va valutata in base al profilo di rischio/beneficio generale del paziente, una volta guarita l'ONJ.

Questo gruppo di lavoro si impegna ad aggiornare e implementare le presenti raccomandazioni in base all'acquisizione di nuove evidenze.

Bibliografia essenziale

1) NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA 2001, 285(6):785-95. Review.

2) Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis. Lancet 2006, 367:2010-2018.

3) Kanis JA et al., on behalf of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (2008). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int 2008, 19: 388-428.

4) Dawson-Hughes B; National Osteoporosis Foundation Guide Committee. A revised clinician's guide to the prevention and treatment of osteoporosis. J Clin Endocrinol Metab 2008, 93(7):2463-5.

5) Watts NB et al. National Osteoporosis Foundation 2008 Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis and the World Health Organization Fracture Risk Assessment Tool (FRAX): what they mean to the bone densitometrist and bone technologist. J Clin Densitom 2008, 11(4):473-7.

6) Silverman SL et al., Consensus Panel of the ASBMR, ISCD, and NOF. Recommendation for the clinical evaluation of agents for treatment of osteoporosis: consensus of an expert panel representing the American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR), the International Society for Clinical Densitometry (ISCD), and the National Osteoporosis Foundation (NOF). J Bone Miner Res 2008, 23(1):159-65.

7) Kanis JA, Johnell O. Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe. Osteoporos Int 2005, 16(3):229-38.

8) Maggi S et al.; ESOPO Study Group. Quantitative heel ultrasound in a population-based study in Italy and its relationship with fracture history: the ESOPO study. Osteoporos Int 2006, 17(2):237-44.

9) Johnell O et al. Fracture risk following an osteoporotic fracture. Osteoporos Int 2004, 15(3):175-9.

10) Kanis JA et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. Osteo-

poros Int 2007, 18:1033-1046.

11) Vainionpaa A et al. Effects of high-impact exercise on bone mineral density: a randomized controlled trial in premenopausal women. Osteoporos Int 2005, 16: 191–197.

12) Bakker I et al. Ten-year longitudinal relationship between physical activity and lumbar bone mass in (young) adults. J Bone Miner Res 2003, 18: 325–332.

13) Bischoff-Ferrari HA et al. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trial. JAMA 2005, 293: 2257-64.

14) Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007, 357:266-281.

15) Dental Management of Patients Receiving Oral Bisphosphonate Therapy: Expert Panel Recommendations. J Am Dent Assoc 2006, 137(8):1144-1150.

16) American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws. J Oral Maxillofac Surg 2007, 65(3):369-376.

17) Khosla S et al. Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. J Bone Miner Res 2007, 22:1479-1491.

18) Hoff AO et al. Osteonecrosis of the jaw in patients receiving intravenous bisphosphonate therapy. J Bone Miner Res 2008, 23(6):826-36.

19) J.A.Kanis et al. European guidance for the diagnostis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int (2008) 19:399-428

20) Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese. Edizione 2006. A cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2399

Associazione "Casa famiglia S. Francesco" onlus con sede alla via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (Le). Autorizzazione all'esercizio per trasferimento definitivo presso l'immobile sito in Ugento (Le) alla via per Acquarica della comunità terapeutica per 22 posti in forma residenziale e 8 posti in forma semiresidenziale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- con nota del 28.11.2005 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 1271 del 30.12.2005) l'Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede alla via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (LE) c.f. 02610150753, già iscritta nell'Albo regionale degli Enti ausiliari quale comunità terapeutica per tossicodipendenti (22 posti in forma residenziale e 8 posti in forma semiresidenziale), chiedeva il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per una nuova struttura residenziale (comunità terapeutica per tossicodipendenti con dotazione di 24 posti letto) realizzata in Ugento alla via per Acquarica;

- Con riferimento al suddetto immobile sito in Ugento alla via per Acquarica la ASL Lecce, Dipartimento di Prevenzione - Servizio igiene e sanità pubblica, con nota del 24.11.2008 prot. n. 65939, esprimeva parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di comunità terapeutica residenziale con dotazione di 24 posti letto;

- Successivamente con nota prot. n. 792/08 del 16 dicembre 2008 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 97 del 13 gennaio 2009), il Sac. Cosimo Ozza in qualità di legale rappresentante dell'Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede alla via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (LE) c.f. 02610150753, ha chiesto ai sensi dell'art. 29, co. 4 bis, L.R. 28.5.2004, n. 8 s.m.i. il trasferimento definitivo della comunità terapeutica (per tossicodipendenti) per 22 posti in forma residenziale e 8 posti in forma semiresidenziale, iscritta nell'Albo regionale degli Enti ausiliari, dalla sede di via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (LE) presso altro immobile sito in Ugento alla via per Acquarica;

- Con la richiamata nota prot. n. 792/08 del 16 dicembre 2008, la Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" ha specificato che "detto trasferimento non comporterà alcun aumento della ricettività in capo all'associazione che conserverà unicamente i 22 ospiti in regime residenziale e gli 8 posti in regime semiresidenziale", rinunciando con ciò al suddetto procedimento avviato con istanza del 28.11.2005 (prot. SPGS n. 1271 del 30.12.2005) ed avente ad oggetto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per una nuova struttura.

- Con nota prot. n. 24/775/2 del 16.2.2009 il Servizio PGS ha, pertanto, invitato il Dipartimento di prevenzione ASL LE a verificare se la nuova struttura, sita in Ugento alla via per Acquarica, sia in possesso dei requisiti di cui al R.R. n. 3/2005 per la tipologia di Comunità terapeutica per la quale è stato richiesto il trasferimento definitivo.

- Con nota prot. n. 16/1328/Dir. del 9.7.2009 e successiva nota di precisazione prot. n. 2009/0102971 del 18.11.2009 il Direttore del Dipartimento di prevenzione ASL LE ha trasmesso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e al trasferimento ai sensi dell'art. 29, co. 4 bis, L.R. 28.5.2004, n. 8 s.m.i. della Struttura riabilitativa per tossicodipendenti (Comunità terapeutica per 22 utenti in regime residenziale e 8 utenti in regime semiresidenziale) nell'immobile sito in Ugento alla via per Acquarica, gestita dell'Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede legale in Gemini di Ugento (LE) alla via A. D'Amato.

- Con lettera prot. n. 444 del 22.9.2009 la Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" ha trasmesso alla Regione (Servizio PGS, prot. n. 4641 del 16.10.2009) una nota di sollecito alla conclusione del procedimento per il trasferimento definitivo.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di emanare il provvedimento di autorizzazione all'esercizio, nonché al trasferimento definitivo ai sensi dell'art. 29, co. 4 bis, L.R. 28.5.2004 n. 8 s.m.i. della Struttura riabilitativa per tossicodipendenti (Comunità terapeutica per 22 utenti in regime residenziale e 8 utenti in regime semiresidenziale), iscritta nell'Albo regionale degli Enti ausiliari (giusta D.D. Settore sanità del 25.1.2000 n. 5) e gestita dell'Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede legale in Gemini di Ugento (LE) alla via A. D'Amato, c.f. 02610150753, dalla sede di via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (LE) presso l'immobile sito in Ugento alla via per Acquarica

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

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

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare alla Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede legale in Gemini di Ugento (LE) alla via A. D'Amato, c.f. 02610150753, l'autorizzazione all'esercizio, nonché al trasferimento definitivo ai sensi dell'art. art. 29, co. 4 bis, L.R. 28.5.2004, n. 8 s.m.i. della Struttura riabilitativa per tossicodipendenti (Comunità terapeutica per 22 utenti in regime residenziale e 8 utenti in regime semiresidenziale), iscritta nell'Albo regionale degli Enti ausiliari (giusta D.D. Settore sanità del 25.1.2000 n. 5), dalla sede di via A. D'Amato, in Gemini di Ugento (LE) presso l'immobile sito in Ugento alla via per Acquarica;

- Di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Ugento;
  - Legale rappresentante della Associazione "Casa Famiglia S. Francesco" onlus con sede legale in Gemini di Ugento (LE) alla via A. D'Amato, c.f. 02610150753;
  - Direttore generale della ASL LE
  - Dirigente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, ai fini dell'aggiornamento dell'Albo regionale degli enti ausiliari di cui alla L.R. 9.9.1996 n. 22;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2400

M.aD. SAS di Vacca Saverio, con sede legale in Locorotondo (Ba). Autorizzazione all'esercizio di un Centro Diurno per 20 disabili psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo".

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base

dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza del 19.11.2007 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 5789 del 17.12.2007) il legale rappresentante della Società M.aD.S.A.S. di Vacca Saverio, partita IVA n. 06562650728, con sede legale in Locorotondo (BA), Contrada Malzo, n.c. cap. 70010, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per Centro Diurno per 20 disabili psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo"

- Con nota prot. n. 16755/2/07 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 5802 del 17.12.2007), il comune di Locorotondo ha inviato copia dell'autorizzazione alla realizzazione della suddetta struttura rilasciata in data 8.11.2007 (prot. n. 16755) a seguito della emanazione della verifica di compatibilità di cui alla D.D. del Settore Programmazione e Gestione sanitaria n. 117 del 12.4.2007.

- Successivamente il Settore PGS con nota prot. n. 24/5789/PGS/2 del 6.2.2008 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASL BA/5, territorialmente competente, ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005.

- Con note prot. n. 178/DIR-SISP/SPESAL dell'11.7.2008, prot. n. 063/DIR-SISP del 21.1.2009, prot. n. 234/DP del 2.2.2009 e, da ultimo prot. n. 97528/UOR24 del 22.5.2009 la ASL BA ha espresso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio del Centro Diurno per 20 disabili psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo"

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di emanare, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8 e dell'art. 5, comma 1, lettera q), L.R. 19 febbraio 2008, n. 1, il provvedimento di autorizzazione all'esercizio Centro Diurno per 20 disabili psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo", gestito Società M.aD.S.A.S. di Vacca Saverio, partita IVA n. 06562650728, con sede legale in Locorotondo (BA), Contrada Malzo, n.c. cap. 70010

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art 4, comma 4, letti) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

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

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare alla Società M.aD.S.A.S. di Vacca Saverio, partita IVA n. 06562650728, con sede legale in Locorotondo (BA), Contrada Malzo, n.c. cap. 70010, l'autorizzazione all'esercizio, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8 e dell'art. 5, comma 1, lettera q), L.R. 19 febbraio 2008, n. 1, di un Centro Diurno per 20 disabili

psichici, sito in Locorotondo alla parallela via Guareschi nn. 10, 12, 14, lotto n. 3 del P.d.l. "Malzo";

- Di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Locorotondo;
  - Legale rappresentante della Società M.aD.S.A.S. di Vacca Saverio, partita IVA n. 06562650728, con sede legale in Locorotondo (BA);
  - Direttore Generale della ASL BA

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2401

Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio di una Comunità alloggio per riabilitazione psichiatrica per 8 p.l. sita in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza prot. n. 191/2009 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 1719 del 6.4.2009) il legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale dell'attività socio sanitaria per una Comunità alloggio, disciplina di riabilitazione psichiatrica per 8 p.l., relativamente alla Comunità alloggio sita in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante.

- La suddetta istanza, presentata in sostituzione ed annullamento della precedente domanda avente prot. n. 414/2008, veniva corredata della documentazione di rito, nonché della nota ASL BAT prot. n. 9188 del 20.2.2009 con cui si attesta la riconversione della CRAP di Spinazzola da 20 p.l. a 14 p.l. A quest'ultimo riguardo, nel corso dell'istruttoria procedimentale è stata prodotta copia della delib. ASL BAT n. 1456 del 25.10.2007 avente ad oggetto "Programma di riconversione delle strutture riabilitative psichiatriche aziendali - riduzione posti letto CRAP Spinazzola e attivazione di una comunità alloggio e di due gruppi appartamento nel Comune di Trani" con la quale è stata disposta la riconversione della CRAP sita in Spinazzola.

- Il Settore PGS con nota prot. n. 24/2241/2 del 6.5.2009 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASL BAT ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005.

- Con note prot. n. 436 del 21.5.2009 e prot. n. 0037431/SISP/09 del 29.6.2009 la ASL BAT ha espresso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione regionale all'esercizio di una Comunità alloggio con dotazione di n. 8 posti letto per disabili psichici con sede in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante.

- Con nota del 6 novembre 2008 prot. n. 56440, l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta ha trasmesso al Servizio Programmazione e Gestione sanitaria, in esecuzione dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, l'atto di Ri-programmazione dipartimentale ed il verbale di incontro tra Direttore del D.S.M. BAT ed i rappresentanti degli Enti gestori di Strutture riabilitative psichiatriche insistenti sul territorio aziendale soggette a proposte di riconversione, tra le quali è ricompresa anche la Comunità alloggio di cui trattasi.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta

regionale di emanare il provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività socio Sanitaria, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, per la disciplina di riabilitazione psichiatrica per 8 p.l., relativamente alla Comunità alloggio sita in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante, gestita dalla Cooperativa sociale a IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19.

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. i) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare alla Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, l'autorizzazione all'esercizio della struttura, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, di riabilitazione psichiatrica per 8 p.I., Comunità alloggio, da esercitare presso la struttura sita in Trani alla via G. Di Vittorio angolo G. Almirante.
- Di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Trani;
  - Legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D, partita IVA n. 01041070721;
  - Direttore generale della ASL BAT
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2402

Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio per la struttura Gruppo appartamento, di riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza prot. n. 193/2009 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 1718 del 6.4.2009) il legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita

IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per la struttura Gruppo appartamento, di riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192.

- La suddetta istanza, presentata in sostituzione ed annullamento della precedente domanda avente prot. n. 444/2008, veniva corredata della documentazione di rito, nonché della nota ASL BAT prot. n. 9188 del 20.2.2009 con cui si attesta la riconversione della CRAP di Spinazzola da 20 p.I. a 14 p.I. A quest'ultimo riguardo, nel corso dell'istruttoria procedimentale, è stata prodotta copia della delib. ASL BAT n. 1456 del 25.10.2007 avente ad oggetto "Programma di riconversione delle strutture riabilitative psichiatriche aziendali - riduzione posti letto CRAP Spinazzola e attivazione di una comunità alloggio e di due gruppi appartamento nel Comune di Trani" con la quale è stata disposta la riconversione della CRAP sita in Spinazzola.

- Il Settore PGS con nota prot. n. 24/2242/2 del 6.5.2009 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASL BAT, territorialmente competente, ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005.

- Con note prot. n. 435 del 21.5.2009 e prot. n. 0037425/SISP/09 del 29.6.2009 la ASL BAT ha espresso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione regionale all'esercizio di un Gruppo appartamento, riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192.

- Con nota del 6 novembre 2008 prot. n. 56440, l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta ha trasmesso al Servizio Programmazione e Gestione sanitaria, in esecuzione dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, l'atto di Ri-programmazione dipartimentale ed il verbale di incontro tra Direttore del D.S.M. BAT ed i rappresentanti degli Enti gestori di Strutture riabilitative psichiatriche insistenti sul territorio aziendale soggette a proposte di riconversione, tra le quali è ricompreso anche il Gruppo appartamento di cui trattasi.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di emanare il provvedimento di autorizzazione all'esercizio della struttura, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, per la riabilitazione psichiatrica, Gruppo appartamento, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192, gestita dalla Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. f) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

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

- Viste le sottoscrizioni apposte in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare alla Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, l'autorizzazione all'esercizio della struttura, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, per la riabilitazione psichiatrica, Gruppo appartamento, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Superga n. 192.

- Di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Trani;
  - Legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D, partita IVA n. 01041070721;
  - Direttore generale della ASL BAT

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2403

Cooperativa sociale a r.l. "Questa Città", con sede legale in Gravina in Puglia (Ba). Autorizzazione all'esercizio per la struttura Gruppo appartamento, di riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza prot. n. 192/2009 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 1717 del 6.4.2009) il legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per la struttura Gruppo appartamento, riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19.

- La suddetta istanza, presentata in sostituzione ed annullamento della precedente domanda avente prot. n. 437/2008, veniva corredata della documentazione di rito, nonché della nota ASL BAT prot. n. 9188 del 20.2.2009 con cui si attesta la riconversione della CRAP di Spinazzola da 20 p.I. a 14 p.l. A quest'ultimo riguardo, nel corso dell'istruttoria procedimentale, è stata prodotta copia della delib. ASL BAT n. 1456 del 25.10.2007 avente ad oggetto "Programma di riconversione delle strutture riabilitative psichiatriche aziendali - riduzione posti letto CRAP Spinazzola e attivazione di una comunità alloggio e di due gruppi appartamento nel Comune di Trani" con la quale è stata disposta la riconversione della CRAP sita in Spinazzola.

- Il Settore PGS con nota prot. n. 24/2242/2 del 6.5.2009 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASL BAT, territorialmente competente, ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005.

- Con note prot. n. 435 del 21.5.2009 e prot. n. 0037429/SISP/09 del 29.6.2009 la ASL BAT ha espresso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione regionale all'esercizio di un Gruppo appartamento, riabilitazione psichiatrica, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19.

- Con nota del 6 novembre 2008 prot. n. 56440, l'Azienda Sanitaria Locale di Barletta ha trasmesso al Servizio Programmazione e Gestione sanitaria, in esecuzione dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, l'atto di Ri-programmazione dipartimentale ed il verbale di incontro tra Direttore del D.S.M. BAT ed i rappresentanti degli Enti gestori di Strutture riabilitative psichiatriche insistenti

sul territorio aziendale soggette a proposte di riconversione, tra le quali è ricompreso anche il Gruppo appartamento di cui trattasi.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di emanare il relativo provvedimento di autorizzazione all'esercizio della struttura, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, riabilitazione psichiatrica, Gruppo appartamento, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19, gestita dalla Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. i) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni apposte in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare alla Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", partita IVA n. 01041070721, con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D e sede amministrativa in Gravina in Puglia (BA) alla via Carso n. 19, l'autorizzazione all'esercizio della struttura, oggetto di riconversione ai sensi dell'art. 9, co. 2° L.R. n. 26/2006, per la riabilitazione psichiatrica, Gruppo appartamento, p.l. n. 3, sita in Trani alla via Monte d'Alba n. 19;
- di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Trani;
  - Legale rappresentante della Cooperativa sociale a r.l. "Questa città", con sede legale in Gravina in Puglia (BA), alla via Corsica n. 1/D, partita IVA n. 01041070721;
  - Direttore generale della ASL BAT
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2404

Euroitalia s.r.l., con sede legale in Casarano (Le). Autorizzazione all'esercizio di una struttura dotata di 32 p.l. di R.S.A., di 10 p.l. per la cura dell'Alzheimer e di un Centro Diurno per 5 p.l., sita in Casarano (Le) alla via provinciale per Collepasso.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza del 6.4.2009 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 2063 del 27.4.2009) il legale rappresentante della Società "EUROITALIA" a r.l., partita IVA n. 02398900759, con sede legale in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio di una struttura dotata di 32 p.l. di R.S.A., di 10 p.l. per la cura dell'Alzheimer e di un Centro Diurno per 5 p.l., sita in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso;

- Con provvedimento autorizzatorio unico n. 08/09 del Responsabile dello sportello unico per le attività produttive del Municipio di Casarano (LE) è stata rilasciata l'autorizzazione alla realizzazione della suddetta struttura, previo parere positivo di verifica di compatibilità di cui alla D.D. del Settore Programmazione e Gestione sanitaria n. 378 del 24.11.2008.

- Successivamente il Settore PGS con nota prot. n. 24/2332/2 del 13.5.2009 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASOLE ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005 e tenuto anche conto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1226 del 24.8.2005.

- Con nota prot. n. 30924 dell'11.6.2009, trasmessa con nota prot. n. 54525 del 26.6.2009, nonché con nota prot. n. 68415 dell'11.8.2009, tutte a firma del Direttore del dipartimento di prevenzione, la ASOLE ha espresso parere favorevole in ordine al possesso dei requisiti prescritti dalla L.R. n.8/2004, dal R.r. n. 3/2005 e dalla Delib. G.R. n. 1226 del 24.8.2005 per 32 posti RSA, n. 10 posti per pazienti affetti da Alzheimer e n. 5 posti diurni.

- Con nota dell'8.10.2009 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 4704 deI20.10.2009) la Società EUROITALIA ha sollecitato la definizione del procedimento autorizzatorio.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di rilasciare, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8, alla Società EUROITALIA a r.l. partita IVA n. 02398900759, con sede legale in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso, l'autorizzazione all'esercizio di una struttura dotata di 32 p.l. di R.S.A., di 10 p.l. per la cura dell'Alzheimer e di un Centro Diurno per 5 p.l., sita in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso, con la precisazione che ai fini dell'eventuale accreditamento della ridetta struttura trova applicazione l'art. 3, co. 32, della L.R. n. 40/2007.

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. f) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

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

LA GIUNTA

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

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8, alla Società EUROITALIA a

r.l. partita IVA n. 02398900759, con sede legale in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso, l'autorizzazione all'esercizio di una struttura dotata di 32 p.l. di R.S.A., di 10 p.l. per la cura dell'Alzheimer e di un Centro Diurno per 5 p.l., sita in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso, con la precisazione che ai fini dell'eventuale accreditamento della ridetta struttura trova applicazione l'art. 3, co. 32, della L. r. n. 40/2007;

- Di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Casarano;
  - Legale rappresentante della Società EUROITALIA a r.l. partita IVA n. 02398900759, con sede legale in Casarano (LE), alla via provinciale per Collepasso;
  - Direttore Generale della ASL LE

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 dicembre 2009, n. 2405

Cooperativa sociale "La Speranza", con sede legale in Conversano (Ba). Autorizzazione all'esercizio di una Comunità Alloggio per disabili psichici, sita in Conversano (Ba), in via Pestalozzi n. 4.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Accreditamenti e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

- Con istanza del 27.03.2007 trasmessa al Settore Programmazione e Gestione sanitaria (prot. n. 1557 dell'1.04.2009) il legale rappresentante della Società Cooperativa Sociale "La Speranza", partita IVA n. 04752170722, con sede legale in Conversanao (BA), alla via P. Semeria n.12, ha chiesto il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per Comunità alloggio (8 p.l.) "H12" per disabili psichici, sita in Conversano in via Pestalozzi n. 4.

- Alla predetta istanza veniva allegata l'autorizzazione alla realizzazione rilasciata, previa verifica di compatibilità di cui alla D.D. n. 118 del 12.4.2007, dal Comune di Conversano avente prot. n. 266/Gab del 10/08/07.

- Successivamente il Settore PGS con nota prot. n. 24/2244/2 del 6.5.2009 ha invitato il Dipartimento di prevenzione ASL BA ad effettuare idoneo sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti minimi previsti dal R.R. n. 3/2005.

- Con note prot. n. 853/DIR-SISP del 13.07.2009, prot. n. 165520NORR4 del 21.09.2009, la ASL BA ha espresso parere favorevole al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per una Comunità Alloggio H12, p.l. 8, per disabili psichici.

- Per quanto sopra, si ritiene di proporre alla Giunta regionale di rilasciare, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8, alla Società Cooperativa Sociale "La Speranza", partita IVA n. 04752170722, con sede legale in Conversano (BA), alla via P. Semeria, 12, l'autorizzazione all'esercizio di una Comunità Alloggio H12, p.l. n. 8, per disabili psichici, sita in Conversano alla via Pestalozzi n. 4.

SEZIONE 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. f) della L.R. 4 febbraio 1997 n. 7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze

istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di rilasciare, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004 n. 8, alla Società Cooperativa Sociale "La Speranza", partita IVA n. 04752170722, con sede legale in Conversano (BA), alla via P. Semeria, 12, l'autorizzazione all'esercizio di una Comunità Alloggio H12, p.I. n. 8, per disabili psichici, sita in Conversano alla via Pestalozzi n. 4;

- di dare mandato al Dirigente dell'ufficio accreditamenti della notifica del presente provvedimento a:
  - Sindaco del Comune di Conversano (BA);
  - Legale rappresentante della Società Cooperativa Sociale "La Speranza" sig. Damato Luigi, partita IVA n. 04752170722, con sede legale in Conversano (BA);
  - Direttore Generale della ASL BA

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2476

Modifica DGR 1883 del 20.10.2009 "Del G.R. n. 1401 del 4 agosto 2009 "Approvazione del PPA Asse III del PO DESR 2007-2013". Indirizzi attuativi della Linea 3.1 per la definizione degli accordi di programma e riparto delle risorse ai programmi di investimento delle ASL pugliesi".

L'Assessore alle Politiche della Salute, Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, con il concerto della dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, e confermata dal Responsabile dell'Asse III, Direttore dell'Area Politiche per la Salute, le Persone e le Pari opportunità, riferisce quanto segue.

Visti:
- il PO 2007-2013 FESR della Regione Puglia, come approvato dalla Commissione Europea con C(2007) 5726 del 20.11.2007;
- la DGR n. 146 del 12.2.2008 con la quale la Giunta Regionale ha preso atto di detta decisione comunitaria;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 886 del 24.9.2008 con cui è stato emanato l'Atto di Organizzazione per l'Attuazione del PO FESR 2007-13;
- l'articolo 3 del citato Decreto, che definisce le funzioni dei Policy Manager o Responsabile di Asse;
- la DGR n. 1849 del 30 settembre 2008 con la quale sono stati nominati l'Autorità di Gestione, nonché i Responsabili degli Assi del PO FESR 2007-2013;
- la DGR n. 165 del 17 febbraio 2009, contenente la "Presa d'atto dei Criteri di selezione delle operazioni definite in sede di Comitato di Sorveglianza e la approvazione delle Direttive concernenti le procedure di gestione del PO FESR 2007-13";
- la DGR n. 185 del 17 febbraio 2009 con la quale sono stati nominati i Responsabili delle Linee di Intervento del PO FESR 2007-2013 e sono stati autorizzati ad operare sui capitoli di bilancio che finanziano il Programma, ciascuno per la Linea di propria responsabilità;

- la DGR n. 1401 del 4 agosto 2009 con la quale è stato approvato il Programma Pluriennale di Asse - PO 2007 - 2013. Asse III e sono state approvate le disposizioni organizzative e di gestione e la Variazione al Bilancio di previsione 2009 per l'appostamento della quota UE/Stato per l'Asse III;
- la medesima DGR n. 1401 del 4 agosto 2009 ha approvato, tra l'altro, il disciplinare per l'attuazione degli interventi di cui alla Linea 3.1, che dovranno essere sottoscritti tra Regione Puglia e ASL pugliesi, per consentire il finanziamento e disciplinare le fasi e le modalità di attuazione degli interventi previsti in ciascun piano di investimenti delle ASL pugliesi.

Considerato che:
- sulla base di quanto definito nel PPA per l'Asse III e, in particolare, per la Linea 3.1, con apposita comunicazione prot. n. 24/11512/ATP del 4 settembre 2009 il dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, in qualità di responsabile della Linea 3.1 ha trasmesso a tutte le ASL, nelle rispettive Direzioni Generali e Aree di Gestione Tecnica, le direttive per la formalizzazione dell'elenco dei progetti di investimento, avendo cura di selezionare gli interventi per i quali si disponga già di progettazione di livello definitivo, che siano coerenti con il Piano Regionale di Salute (l.r. n. 23/2008), che siano ammissibili rispetto alle tipologie di operazioni ammissibili e ai requisiti di ammissibilità;

- tutte le ASL pugliesi hanno trasmesso alla struttura regionale competente i quadri sintetici degli elenchi di proposte progettuali per gli investimenti candidati a finanziamento a valere sulle risorse dell'Asse III - Linea 3.1, con le schede di dettaglio per ciascun progetto di investimento;

- con Deliberazione n. 1883 del 20.10.2009, la Giunta Regionale ha preso atto degli importi richiesti dalle Aziende Sanitarie e riportati nel seguente schema:

ASL	Importi finanziamenti richiesti
BA	€ 35.076.850,00
BAT	€ 10.469.090,00
BR	€ 17.244.178,00
FG	€ 17.904.800,00
LE	€ 34.900.000,00
TA	€ 26.850.000,00
TOT.	**€ 142.444.918,00**

A seguito di un controllo da parte delle strutture regionali, è risultato che per mero errore materiale nel riparto delle somme richieste dalla ASL BA è stato riportato un importo richiesto pari ad euro 35.076.850,00, a fronte dell'effettivo importo pari ad euro 31.876,850,00. Pertanto, si ritiene di apportare modifica alla Deliberazione n. 1883 del 20.10.2009, rettificando gli schemi degli importi richiesti secondo il seguente schema di riparto:

ASL	Importi finanziamenti richiesti
BA	€ 31.876.850,00
BAT	€ 10.469.090,00
BR	€ 17.244.178,00
FG	€ 17.904.800,00
LE	€ 34.900.000,00
TA	€ 26.850.000,00
TOT.	**€ 139.244.918,00**

Conseguenzialmente, si ritiene di modificare il piano degli investimenti concessi alle sei Aziende Sanitarie secondo il seguente schema:

ASL	Importi finanziamenti concessi
BA	€ 24.376.850,00
BAT	€ 10.469.090,00
BR	€ 16.119.678,00
FG	€ 17.904.800,00
LE	€ 23.900.000,00
TA	€ 23.850.000,00
TOT.	**€ 116.620.418,00**

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

La presente deliberazione,a rettifica di quanto approvato con DGR 1883 del 20.10.2009, comporta una spesa di euro 116.620.418,00 a valere sul capitolo 1153010 - UPB 6.3.9 "Programma Operativo FESR 2007 - 2013 - Spese per attuazione Asse III Linea di intervento 3.1 Programma di interventi per la infrastrutturazione sociale e sociosanitaria territoriale (quota U.E.-Stato)", con specifico riferimento alle seguenti imputazioni:

per euro 60.435.000,000 a valere sul capitolo 1153010 residui di stanziamento 2008;

per euro 56.185.418,00 a valere sul capitolo 1153010 competenza 2009.

Per il cofinanziamento regionale dell'Asse si fa riferimento alle quote finanziarie dei capitoli di spesa indicati nell'allegato C della Legge Regionale 3 aprile 2008.

L'Assessore alle Politiche della salute, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propongono alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

Il presente atto rientra nelle competenze della Giunta regionale ai sensi dell'art. 44, comma 4, lett. e), dello Statuto Regionale.

LA GIUNTA

Udita la relazione dell'Assessore proponente;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Responsabile della Linea 3.1 Asse III del PO FESR 2007-2013;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di approvare la relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata;

- di prendere atto che per mero errore materiale nel riparto dei finanziamenti richiesti dalla ASL BA è stato riportato un importo di euro 35.076.850,00, a fronte dell'effettivo richiesto pari ad euro 31.876,850,00;

- di approvare, conseguenzialmente, la modifica allo schema di riparto degli importi concessi alle sei ASL pugliesi ammontanti complessivamente ad Euro 116.620.418,00 secondo la seguente tabella:

ASL	Importi finanziamenti concessi
BA	€ 24.376.850,00
BAT	€ 10.469.090,00
BR	€ 16.119.678,00
FG	€ 17.904.800,00
LE	€ 23.900.000,00
TA	€ 23.850.000,00
TOT.	**€ 116.620.418,00**

- di confermare tutto quanto già deliberato in DGR n. 1883 del 20.10.2009;

- di demandare al responsabile della Linea 3.1 ogni altro adempimento attuativo;

- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP;

- di dare informazione del presente atto sul portale della Regione Puglia www.regione.puglia.it e attraverso l'URP della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2477

Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 745 del 5.5.2009 - Criteri e procedure per l'attivazione dell'istituto dell'in house providing - Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità sulla scorta della documentazione, della normativa, della giurisprudenza e delle relazioni esistenti agli atti dell'Assessorato in materia di in house providing, riferisce quanto segue:

Nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Puglia risulta essersi sviluppata l'iniziativa dell'in house providing presso l'ASL di Foggia mediante la costituzione di una Società unipersonale posseduta per intero dalla medesima ASL FG e denominata "Sanitaservice Srl" con sede in Foggia in Piazza della Libertà n. 1 e con capitale sociale di euro 100.000,00 (interamente versato).

In data 14 febbraio 2009 l'amministratore unico della Sanitaservice Srl ha presentato alla Giunta Regionale dettagliata relazione nella quale sono esposti gli atti, i presupposti di legittimità del percorso avviato con la costituzione della medesima Società e con il processo di affidamento da parte dell'ASL FG alla Sanitaservice Srl di servizi strumentali alle attività istituzionali dell'ASL ed in particolar modo la esecuzione delle prestazioni da ausiliariato relative ai servizi sanitari, ai servizi socio-sanitari-assistenziali, ai servizi istituzionali e ai servizi a questi ultimi strumentali svolti dalla Asl FG nel proprio ambito territoriale (Delibera ASL n. 3364/CS del 27 ottobre 2008) nonché le attività di soccorritore di autista-soccorritore e di infermiere presso re postazioni 118 e punti di primo intervento operanti nell'ambito territoriale della ex Ausl FG3 (Delibera ASL n.3896/CS del 18 novembre 2008).

L'iniziativa ha rappresentato e rappresenta una esperienza del tutto quasi unica in Italia e che si pone all'avanguardia anche sotto il profilo giuridico tanto che l'ASL di Foggia e la Sanitaservice Srl hanno affrontato in questi mesi diverse questioni essenzialmente riconducibili ad un assetto non definito del quadro normativo nazionale di riferimento che, comunque, progressivamente, anche per effetto delle pronunce di TAR e Consiglio di Stato, è andato stratificandosi e chiarendosi.

In relazione a tale iniziativa, è stato avviato un confronto serrato con le rappresentanze sindacali regionali che ne hanno sollecitato la definizione e l'accelerazione del percorso in tutte le ASL - AOU e IRCCS Pubblici sotto la spinta di una base lavorativa che nelle diverse Aziende Sanitarie di Puglia da anni vive una condizione di "precarietà" occupazionale, contrattuale e professionale frutto di un processo deregolamentato di "esternalizzazione" avviatosi all'indomani del varo delle norme regionali sul blocco delle assunzioni e sui vincoli posti a carico delle Aziende del SSR nonché di un più generale processo gestionale interno alle Aziende Sanitarie italiane in favore di alleggerimento del "peso organizzativo", questo negli intenti, di una maggiore efficienza, di un contenimento dei costi, di una razionalizzazione dei servizi.

Inoltre, l'Assessorato alle Politiche della Salute ha avviato una approfondita ricognizione dello stato delle gare e degli appalti presenti nelle Aziende Sanitarie pugliesi con particolare riferimento all'acquisizione delle diverse tipologie di servizi "esternalizzati", ai dati sugli occupati, ai

costi sostenuti, all'assetto contrattuale e delle gare.

Lo scenario di sintesi emerso dalla ricognizione dei servizi esternalizzati presenti nelle Aziende Sanitarie pugliesi è il seguente:

- n. 8000 circa di operatori addetti con qualifiche e professionalità diverse e differenti;
- 310 milioni di Euro la spesa annuale (sottostimata);
- tipologie di servizi a cui sono riconducibili i contratti in essere sono: ausiliariato, portierato, vigilanza, sanificazione - derattizzazione - igiene ambienti interni ed esterni, trasporto ed assistenza in emergenza urgenza (118), assistenza alla persona ed alberghieri, assistenza socio-sanitaria, assistenziale e rieducativa, servizi infermieristici, lavanderia/lavanolo, altri servizi non meglio classificabili;
- tipologie di contratti applicati agli operatori addetti ai servizi esternalizzati: la situazione rilevata ha fatto emergere differenze notevoli tra i diversi territori, tra i medesimi appalti ed addirittura anche nell'ambito degli stessi territori e degli stessi appalti con tutta una platea di tipologie ed applicazioni contrattuali eterogenee e spesso sperequative per le medesime tipologie di attività nonché tutta una serie di differenziazioni di mansioni e discordanze tra mansioni formali e mansioni effettivamente svolte dagli operatori.

Dalla ricognizione è emersa una forte disomogeneità nella classificazione delle tipologie dei servizi derivante da un'assenza atavica di coordinamento regionale sia per effetto della mancata attivazione dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie sia per l'assenza di funzioni regionali stabilmente dedicate alla gestione della materia che - seppur centrale, strategica e sufficientemente normata - è stata lasciata priva di guida e di sistemi di monitoraggio e verifica.

In ragione di tali evidenze, la Giunta Regionale con le Deliberazioni n. 1287, n. 1288, n. 1289 (Nucleo regionale di Verifica Appalti, Osservatorio Prezzi Tecnologie Investimenti e Dispositivi Medici, Unioni di Acquisto) del 4 agosto scorso ha posto in essere i primi significativi correttivi per un governo diverso e sistemico del settore degli appalti e contratti in ambito sanitario.

E' però evidente che la situazione di disomogeneità rilevata nei territori delle Aziende Sanitarie determina una maggiore complessità e criticità nel percorso di reinternalizzazione dei servizi e necessita, pertanto, di azioni volte ad uniformare il processo stesso e ad omogeneizzare l'organizzazione e l'assetto tecnico-amministrativo dei servizi.

Per tale ragione sono stati effettuati diversi incontri tecnici con i Direttori delle Aziende Sanitarie per approfondire meglio tutti i dettagli del caso al fine di agevolare le analisi preventive (business plan, analisi dei costi, ecc..) utili alla definizione degli ambiti di azione.

Allo scopo di inquadrare il processo sotto il profilo giuridico e di un indirizzo regionale univoco, la Giunta Regionale ha approvato la Delibera n. 745 del 5 maggio 2009 avente ad oggetto "Criteri e procedure per l'attivazione progetti di sperimentazione gestionale (art 9 bis del D.lgs. n. 502/92 e s.m. e i.) e dell'istituto dell'in house providing" contenente le linee guida generali alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'utilizzazione dell'istituto dell'in house providing per l'espletamento di servizi aventi per oggetto "esclusivamente prestazioni sanitarie finalizzate al sostegno del bisogno di salute della persona ovvero confacenti alla mission di garantire cura ed assistenza alle persone assistite dal Servizio Sanitario Nazionale".

Con il provvedimento di cui innanzi si è voluto quindi dare un quadro di riferimento univoco per le azioni che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie pugliesi intendevano porre in essere.

In data 14 febbraio 2009 l'Amministratore Unico della Sanitaservice Srl di Foggia ha presentato alla Giunta Regionale dettagliata relazione nella quale sono esposti gli atti, i presupposti di legittimità del percorso avviato con la costituzione della medesima Società e con il processo di affidamento da parte dell'ASL FG alla Sanitaservice Srl di servizi strumentali alle attività istituzionali dell'ASL ed in particolar modo la esecuzione delle prestazioni da ausiliariato relative ai servizi sanitari, ai servizi socio-sanitari-assistenziali, ai servizi istituzionali e ai servizi a questi ultimi strumentali svolti dalla Asl FG nel proprio ambito territoriale (Delibera ASL 3364/CS del 27 ottobre 2008) nonché le attività di soccorritore di autista-soccorritore e di infermiere presso le postazioni 118 e punti di primo intervento operanti nell'ambito territoriale della ex Ausl FG3 (Delibera ASL n. 3896/CS del 18 novembre 2008).

Il quadro normativo di riferimento e le dovute distinzioni tra servizi pubblici e servizi strumentali sono esposti e commentati nella relazione della Sanitaservice Srl (a cui si rimanda per brevità di trattazione in questa sede) pur dovendosi completare tale disamina con l'esame di quanto contenuto nella legge n. 102/2009 di conversione del di. n.78/2009 e del d.l. n. 135/2009 come convertito con modificazioni dalla legge n. 166/2009, che hanno modificato significativamente la legge n. 133/2008, di conversione del d.l. n. 112/2008.

Con riferimento ai servizi strumentali, ad oggi, la normativa di riferimento resta (il più volte modificato) art.13 della legge 4 agosto 2006, n. 248 (legge di trasformazione del cosiddetto decreto "Bersani-Visco", il decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223) che prevede che, "al fine di evitare alterazioni o distorsioni della concorrenza e del mercato e di assicurare la parità degli operatori nel territorio nazionale, le società, a capitale interamente pubblico o misto, costituite o partecipate dalle amministrazioni pubbliche regionali e locali per la produzione di beni e servizi strumentali all'attività di tali enti in funzione della loro attività possono operare solo nei limiti appresso indicati:

- Debbono operare esclusivamente con gli enti costituenti o partecipanti o affidanti;
- Non possono svolgere prestazioni a favore di altri soggetti pubblici o privati, né in affidamento diretto né con gara;
- Non possono partecipare ad altre società od enti;
- Devono avere un oggetto sociale esclusivo;
- Non possono operare in violazione delle regole descritte, pena la nullità dei contratti.

In tema di affidamento della produzione di servizi, va sottolineato come la giurisprudenza si sia ormai consolidata sulla tematica e, in particolare quella comunitaria, ha utilizzato l'espressione in house providing per identificare il fenomeno di "autoproduzione" di beni, servizi o lavori da parte della pubblica amministrazione che, quindi, acquisisce un bene o un servizio attingendoli all'interno della propria compagine organizzativa senza ricorrere a "terzi" tramite gara (così detta esternalizzazione) e dunque al mercato (a partire da C. Giust. CE, 18 novembre 1999, C-107/98, Teckal).

In ragione del "controllo analogo" e della "destinazione prevalente dell'attività", l'ente in house non può ritenersi terzo rispetto all'amministrazione controllante ma deve considerarsi come uno dei servizi propri dell'amministrazione stessa (cfr: Carmine Volpe, Consigliere di Stato, in tema di società in house-commento alla Sentenza della Corte di Giustizia, sez. II, 17 luglio 2008, causa C-371/05).

Il percorso avviato dall'ASL di Foggia ha consentito di sperimentare in Regione Puglia un valido modello di riappropriazione da parte dell'Ente Pubblico di funzioni che, nel tempo e per ragioni anche correlate al progressivo depauperamento delle dotazioni organiche interne quale conseguenza dei blocchi alle assunzioni stabilite da norme nazionali e regioni, sono state affidate a terzi.

Tale percorso risulta ad oggi "immune" da tutta una serie di ricorsi avanzati in sede giudiziaria da soggetti terzi ed i cui esiti hanno visto sin qui sostanziare la legittimità delle decisioni assunte dall'ASL di Foggia e delle azioni poste in essere dalla Sanitàservice Srl (ad esempio: Consiglio di Stato - Ordinanza n. 5938/08 del 7.11.2008, TAR Puglia Sez. Terza - Ordinanza n. 487/2008 del 12.9.2008, TAR Puglia Sez. Terza - Sentenza n. 02011/2009 del 11.8.2009).

In particolare con la Sentenza n. 02011/2009 il TAR Puglia ha sentenziato che è legittima la deliberazione della Asl Fg di costituzione della Sanitaservice Srl, che è legittima la nomina dell'amministratore della società e che è legittimo l'affidamento in house dei servizi atteso che le censure dei terzi ricorrenti concernenti le deliberazioni di affidamento dei servizi dell'ASL di Foggia sono risultate tutte infondate e dichiarate inammissibili dal TAR che ha chiosato radicalmente costituendo le stesse "una scelta insindacabile dell'amministrazione" considerato che le stesse "sono intese alla ottimizzazione dei servizi".

Oltre al territorio di Foggia, ad oggi nella provincia di Taranto è in stato avanzato la costituzione di una società "in house" dell'ASL TA la cui Direzione Generale ha ulteriormente approfondito aspetti problematici correlati, ad esempio, al regime di imposizione fiscale delle prestazioni rese dalla società in house oltre ad altri, e che ha portato comunque ad una migliore definizione dello statuto societario.

Nell'ambito dell'ASL di Taranto le problematiche già sopra evidenziate e relative all'assetto degli appalti e contrattuale sono tutte presenti deter-

minando una forte connotazione sociale alla problematica che vive di attese sin qui vane degli operatori che danni tanti anni rivendicano una definitiva stabilizzazione occupazionale e contrattuale sino ad oggi non realizzata atteso l'enorme arretrato di gare ed appalti - in proroga spesso ventennale - "ereditato" dalle pregresse amministrazioni ed in parte ancora da espletare.

L'analisi della situazione nel territorio ionico ha ulteriormente rafforzato le motivazioni alla base dell'iniziativa dell'in house providing atteso che "l'affidamento delle attività di supporto strumentale ai servizi di cui innanzi, sia nei servizi ospedalieri che in quelli territoriali, così frammentato tra diverse società e cooperative, ha ingenerato nel tempo un notevole disagio organizzativo, attesa la difficoltà di gestione del personale coinvolto che, pur dovendo avere, sul piano funzionale, un rapporto "di tipo gerarchico" con i Responsabili delle Strutture, di fatto non risulta del tutto partecipe dei processi di supporto ai percorsi assistenziali, ritenendosi "esterno al team" e "all'organizzazione Aziendale" e che "questo disagio organizzativo, evidenziato in ripetute occasioni dai dirigenti dei servizi, ha prodotto un vero e proprio disservizio, consequenziale a criticità evidenti, stabilizzatesi nel tempo e che possono essere così sintetizzate:

- precarietà e provvisorietà del rapporto tra le aziende appaltatrici ed i lavoratori, hanno creato elementi di tensione, che a loro volta hanno influenzato negativamente i livelli di qualità, di efficienza ed efficacia;
- utilizzo di personale scarsamente formato e poco adeguato ai compiti da assolvere in tema di ausiliariato, con conflittualità che si sono ingenerate tra questi lavoratori ed il personale sanitario delle Unità operative, in particolare in alcuni punti di elevata complessità, come le sale operatorie, le terapie intensive, le sale parto, i pronto soccorso;
- logiche imprenditoriali non sempre corrispondenti ai bisogni dell'Azienda Sanitaria, così come espressi dalle esigenze dell'utenza, che richiedono flessibilità nella gestione del servizio, competenza del personale utilizzato e un processo di aggiornamento continuo dello stesso;
- mancata partecipazione degli operatori esterni ad un progetto assistenziale, in altri termini definibile come "assenza di identità aziendale" e carenza di motivazione: l'operatore esterno rimane un "estraneo" al percorso, legato al suo "mansionario" e non alle esigenze assistenziali, quando, invece, deve collaborare, cooperare ed, in alcune precise situazioni, operare in autonomia;
- in definitiva situazioni di disservizio per le difficoltà da parte della Dirigenza delle UU.OO. a gestire questo personale con ripetuti micro-conflitti e tensioni, che hanno generato disorganizzazione, un basso livello di qualità percepita, con varie e ripetute lamentele da parte degli utenti.

Questi elementi di criticità assumono la stessa valenza negativa sul piano gestionale, dell'efficacia ed efficienza del servizio, per quanto riguarda la gestione delle funzioni di supporto (soccorritori) nel sistema Emergenza - Urgenza 118, che la normativa vigente consente di organizzare avvalendosi del concorso di terzi, cooperative, associazioni di volontariato e la cui presenza è diffusa su base regionale con una eterogenea composizione e "promiscuità" delle diverse équipe dedicate al servizio, tra il personale volontario (soccorritori) e quello dipendente (medici ed infermieri) con difficoltà di governo e gravi ricadute in termini di qualità del servizio.

Le stesse Organizzazioni Sindacali hanno da tempo ed in ripetuti incontri auspicato l'individuazione di soluzioni nuove, finalizzate a garantire la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, nonché il mantenimento dei livelli occupazionali.

L'ASL di Taranto ha condotto un vero e proprio studio di fattibilità che, comparato con le norme legislative nazionali ed europee, ha fatto emergere che sussiste per l'Azienda Sanitaria la necessità e l'interesse pubblico di organizzare in maniera univoca, duratura ed unitaria l'intero settore dei servizi di supporto strumentali ai percorsi assistenziali, eliminando i predetti fattori di criticità all'origine di una scarsa efficacia del servizio e di un duro conflitto sociale.

Tali risultanze sono sovrapponibili alla generalità dei territorio pugliesi ove l'iniziativa dell'in house providing non si è ancora realizzata.

Va posto in evidenza che, sotto il profilo economico, l'analisi dei costi sin qui sostenuti dall'ASL di Foggia. ed il "business plan" predisposto dall'ASL TA avvalorano anche elementi di convenienza correlati alla costituzione di una società "in

house" in ragione, tra l'altro, dei costi e del rapporto costi - benefici per l'Azienda Sanitaria in termini sia di margine di utile (da non dover riconoscere alle imprese appaltatrici) sia, ove applicabile, di Imposta sul Valore Aggiunto per le attività socio-assistenziali di cura della persona strettamente strumentali alle funzioni pubblicistiche sanitarie ed ancora, non ultimo, sotto il profilo della flessibilità, adattabilità e modellabilità nel tempo delle attività strumentali, con particolare riferimento alla persona, oggetto di affidamento alle società in house rispetto alla organizzazione delle Aziende Sanitarie in relazione ai processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle stesse derivanti dalla programmazione regionale tra cui la legge regionale 19 settembre 2008, n. 23 "Piano regionale di Salute 2008-2010" ed ai correlati Piani Attuativi Locali.

A tal riguardo il TAR di Lecce con Ordinanza n. 908 del 3.12.2009 ha sospeso gli atti deliberativi dell'ASL di Taranto relativi alla costituzione della società in house ritenendo che la scelta di passare dall'esternalizzazione in appalto all'internalizzazione in house non fosse adeguatamente supportata da un'analitica quantificazione dei costi complessivi relativi all'affidamento dei servizi in questione (quantificazione) e da un "business plan" (piano economico-finanziario), che, con riferimento ad un arco temporale di tre/cinque anni, verifichi la sostenibilità economica del progetto di internalizzazione dei servizi, in relazione agli stringenti limiti normativamente imposti alla spesa sanitaria".

E', invece, opportuno evidenziare che un raffronto analitico tra la spesa consolidata e le previsioni della stessa non risulta, peraltro, sempre possibile come, ad esempio, nel caso del Servizio di Emergenza Territoriale 118 poiché attualmente il servizio (presso l'ASL TA così come presso altre ASL) è svolto da associazioni di volontariato a fronte di un "rimborso spese" - legato all'utilizzo dei mezzi di soccorso e dell'equipaggio - che si attesta mensilmente, per ciascuna postazione, su una media di 12 - 13 mila euro: cifra prodotta da un fisso, comprensivo di un numero prefissato di interventi, a cui si va ad aggiungere un rimborso aggiuntivo per ogni uscita in esubero.

Nel caso di affidamento alla società "in house" tali tipologie di servizi di emergenza urgenza sanitaria territoriale troveranno migliore definizione organizzativa e dei livelli occupazionali consentendo, peraltro, una riorganizzazione ed un miglioramento della qualità, dell'efficienza del servizio stesso; sarà inoltre possibile operare una graduale e progressiva riorganizzazione dei servizi che negli anni sono stati esternalizzati dalle Aziende Sanitarie anche in modo improprio trattandosi di servizi ed attività rivolti direttamente alla tutela della salute e che non potrebbero, diversamente, trovare sbocchi in procedure di gara.

Va precisato, tuttavia, che lo spirito della internalizzazione del servizio attraverso la creazione di una società in house providing non si esaurisce nella quantificazione economica - che pure dimostra, appunto, la sua convenienza - ma comprende la qualificazione del servizio, che rappresenta un obiettivo strategico perseguibile anche attraverso il riconoscimento di una maggiore stabilità del rapporto contrattuale con gli operatori e, conseguentemente, una più diretta identificazione degli stessi nella "mission" dell'Azienda Sanitaria.

La particolarità del modello dell'in house providing e la distinzione tra le stesse e le società miste pubblico -privato è stata oggetto, come detto, di diverse affermazioni da parte del Consiglio di Stato che, sulla scia di quanto affermato dall'Adunanza Plenaria (dec. n. 1/2008) e dalla Sez. II (parere 18 aprile 2007 n. 456), con sentenza della sez. VI (decisione 23.09.2008 n° 4603) ha ulteriormente specificato che occorre distinguere il modello della società in house da quello della società mista:

- la prima agisce come un vero e proprio organo dell'amministrazione "dal punto di vista sostantivo", in ragione del controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi dall'amministrazione aggiudicatrice e della destinazione prevalente dell'attività dell'ente in house in favore dell'amministrazione stessa;
- la figura della società mista a partecipazione pubblica maggioritaria, in cui il socio privato è scelto con una procedura ad evidenza pubblica, presuppone, invece, la creazione di un modello nuovo, nel quale interessi pubblici e privati trovino convergenza.

Circa gli ambiti di attività delle società di in house providing resta fermo l'ancoraggio normativo volto a ritenere possibile l'affidamento di attività strumentali per il perseguimento dei fini istituzionali delle Aziende Sanitarie e, pertanto, negli

statuti societari sin qui approvati dalle ASL di Foggia e Taranto sono contemplate le seguenti attività:

- attività di supporto ed integrazione dei servizi sanitari di emergenza urgenza resi dall'Azienda sanitaria, ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;
- attività socio sanitarie, assistenziali e rieducative strettamente funzionali all'erogazione di servizi della riabilitazione;
- attività di ausilio a supporto dei servizi e delle prestazioni resi dall'Azienda sanitaria e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche.

Tutte attività, quindi, strumentalmente correlate al miglior conseguimento delle finalità istituzionali delle Aziende Sanitarie ed Enti sanitari pubblici.

E' del tutto evidente che la definizione dell'oggetto sociale non risolve di per se questioni fondamentali che si portano all'attenzione della Giunta Regionale in quanto, come più avanti evidenziato, non tutti i territori sono in grado di trasportare con omogeneità l'attuale assetto dei servizi esternalizzati verso le attività da affidare alle società in house.

Sotto il profilo del reclutamento e dei costi del personale delle società in house nonché in materia di affidamento dei servizi alle medesime società in house, va evidenziato che il legislatore ed il governo hanno recentemente integrato il quadro normativo di riferimento che risulta oggi articolato e di difficile interpretazione e che pone aspetti problematici su tutta la materia delle società pubbliche locali, delle società strumentali o di in house providing costituite dagli Enti Pubblici.

A tal riguardo appare opportuno sottoporre all'attenzione della Giunta Regionale l'opportunità di valutare percorsi volti a sostenere gli ambiti di autonomia e le prerogative delle Regioni, delle Province e dei Comuni su materie che certamente non possono dirsi di esclusiva prerogativa del Governo.

In particolare, suscitano perplessità sotto il profilo dei risvolti sulle competenze costituzionalmente attribuite alle Regioni, la portata delle modifiche introdotte dalla legge n. 102/2009 di conversione in legge del decreto legge n. 78/2009 (che ha modificato tra l'altro l'articolo 18 del decreto legge n. 122/2008 convertito in legge n. 133/2008) ed a quelle introdotte dal decreto legge 25.9.2009, n. 135 concernente "Disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi comunitari e per l'esecuzione di sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee" come modificato ed integrato dalla legge di conversione 20 novembre 2009, n. 166 che ha modificato la normativa in materia di servizi pubblici locali di rilevanza economica e delle società in house novellando l'art. 23-bis del già richiamato decreto legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla legge n. 133/2008.

Tale scenario avvalora la necessità di accelerare il processo in atto, di inquadrarlo meglio nell'alveo normativo venutosi oggi a delineare, di renderlo coerente ed uniforme nel territorio regionale nonché di valutare le azioni da porre in essere, ai sensi dell'art. 127 Cost. da parte della Regione circa l'eventuale lesione della sfera di competenza di cui all'art. 117 della Costituzione derivante dalle norme sopra indicate.

Vista la nota prot. n. A0015/1/513 dell'11.12.2009 del Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica con cui ha palesato criticità in ordine alla costituzione e gestione di Società a partecipazione pubblica totale da parte delle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale della Puglia.

In considerazione delle argomentazioni poste dal TAR di Lecce con l'Ordinanza n. 908/2009 e fermo restando quanto sarà affermato nel secondo grado di giudizio in relazione all'appello a cui farà ricorso l'ASL di Taranto e la Regione Puglia, risulta evidente la necessità di definire uniformemente l'iter di costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia aggiornando i criteri di cui alla D.G.R. n. 745/2009 al quadro normativo e giurisprudenziale sin qui sostanziatosi.

Nel sottoporre alle valutazioni della Giunta Regionale le sopra riportate considerazioni, si propone pertanto, l'adozione del documento allegato al presente provvedimento e contenente le "Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia" a modifica ed integrazione della D.G.R. n. 745 del 5 maggio 2009 nella quale sono stati definiti primi criteri e procedure anche

per l'attivazione dell'istituto dell'in house providing.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/01 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.

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio AOS dell'Assessorato alle Politiche della Salute e del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

1. di approvare le "Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia" contenute nel documento allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di incaricare l'Assessore alle Politiche della Salute congiuntamente con l'Avvocatura regionale di predispone, entro 15 giorni dalla data del presente provvedimento, apposito disegno di legge in materia di costituzione e gestione delle società strumentali nell'ambito del Servizio sanitario regionale;
3. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e degli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale nonché gli Amministratori delle Società costituite dalle medesime Aziende ed Enti sono tenuti al rispetto puntuale delle Linee Guida approvate con il presente provvedimento, all'invio dei dati e delle informazioni ed all'espletamento delle procedure individuati dalle "Linee Guida" approvate con il presente provvedimento nonché a conformare la gestione delle Società strumentali alle Aziende ed Istituti pubblici del SSR con quanto contenuto nelle medesime "Linee Guida";
4. di stabilire che tutti gli atti relativi alla costituzione, attivazione e gestione delle Società strumentali alle attività delle Aziende ed Enti pubblici del Servizio sanitario regionale nonché gli atti relativi allo stato di avanzamento del processo (impropriamente individuato come "internalizzazione") di riorganizzazione dei servizi strumentali alle attività istituzionali delle Aziende Sanitarie pugliesi devono essere inviati entro 7 giorni dalla loro adozione all'Assessorato alle Politiche della Salute;
5. di stabilire che gli atti di cui al punto precedente devono sempre contenere le motivazioni legate alla costituzione delle Società da parte delle Aziende ed Enti pubblici del Servizio sanitario regionale con riferimento anche alle valutazioni economiche "costi-benefici", organizzative e gestionali;
6. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero - Universitarie e degli IRCCS Pubblici della Regione Puglia devono presentare, entro 15 giorni dalla data del presente provvedimento, all'Assessore alle Politiche della Salute idoneo cronogramma contenente le "milestone"

della pianificazione e della gestione del processo rivolto alla autoproduzione dei servizi e delle attività mediante la costituzione delle Società di in house providing; tale cronogramma dovrà indicare le tappe stabilite per il raggiungimento degli obiettivi definiti dalle "Linee Guida" approvate con il presente provvedimento;

7. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS Pubblici della Regione Puglia possono procedere alla costituzione ed attivazione di una società avente le caratteristiche indicate dalle "Linee Guida" ed all'attivazione della stessa società mediante nomina degli organismi previsti e definizione della organizzazione e della struttura amministrativa interna nel rispetto del presente provvedimento;

8. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali di Taranto e di Foggia assicurano, entro 60 giorni dalla data del presente provvedimento, l'adeguamento degli statuti delle società già costituite a quanto previsto dalle "Linee Guida" approvate con il presente documento e verificano che la gestione delle stesse società sia conformata agli indirizzi regionali ed al quadro normativo - giurisprudenziale;

9. di costituire presso l'Assessorato alle Politiche della Salute un Nucleo deputato alla raccolta, tenuta e verifica degli atti di cui al presente provvedimento;

10. di stabilire che il Nucleo regionale per la riorganizzazione dei servizi strumentali del SSR sarà così composto:
    a) Direttore Area politiche della promozione della salute delle persone e delle pari opportunità;
    b) Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica
    c) Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria
    d) Direttore Generale ARES Puglia
    e) Direttore Generale dell'AOU "Policlinico" di Bari
    f) Direttore Generale dell'ASL di Foggia
    g) Direttore Generale dell'ASL di Taranto
    h) Amministratore unico della "Sanitàservice" S.r.l. dell'ASL di Foggia
    i) Amministratore unico della "House Jonica Service" S.r.l. dell'ASL di Taranto;

11. di riservarsi con successivi provvedimenti di modificare ed integrare gli indirizzi e le linee guida contenute nel presente provvedimento a seguito del consolidamento ulteriore del quadro normativo e giurisprudenziale e tenuto conto delle eventuali criticità che dovessero manifestarsi;

12. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

- di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia

Dicembre 2009

Sommario

Premessa 1246
Quadro normativo e giurisprudenziale di riferimento 1247
1) Disposizioni in materia di reclutamento del personale 1247
2) Disposizioni in materia di affidamento di attività alle società pubbliche 1248
3) Delega al Governo 1249
4) Servizi pubblico – locali e servizi strumentali 1250
Linee Guida 1256
Contenuti minimi degli statuti costitutivi delle Società 1257
Art. 1 (Denominazione) 1257
Art. 2 (Oggetto) 1257
Art. 3 (Durata) 1258
Art. 4 (Sede legale) 1258
Art. 5 (Domicilio) 1258
Art. 6 (Capitale sociale) 1258
Art. 7 (Finanziamento dei soci alla società) 1258
Art. 8 (Recesso del socio) 1258
Art. 9 (Decisioni dei soci) 1259
Art. 10 (Controllo) 1259
Art. 11 (Assemblea dei soci) 1260
Art. 12 (Svolgimento dell'assemblea) 1260
Art. 13 (Quorum costitutivi e deliberativi) 1260
Art. 14 (Amministratore) 1260
Art. 15 (Compensi e rimborsi per l'amministratore) 1261
Art. 16 (Poteri del Consiglio di Amministrazione) 1261
Art. 17 (Rappresentanza) 1261
Art. 18 (Organo di controllo) 1261
Art. 19 (Bilancio ed utili) 1261
Art. 20 (Scioglimento e liquidazione. Rinvio) 1261
Art. 21 (Obblighi e vincoli) 1262
Vincoli ed obiettivi 1263
1) Costituzione ed attivazione delle società 1263
2) Affidamento dei servizi e delle attività 1263
3) Reclutamento del personale e vincoli normativi 1264
a.Assunzioni e procedure di reclutamento 1265
b.Consulenze 1266
c.CCNL applicabile 1266
4) Requisiti dell'Amministratore unico della Società 1266
5) Costi di funzionamento degli organi delle società 1266
6) Diritto di accesso agli atti prodotti o detenuti dalle Società 1266

Premessa

Il presente documento contiene le Linee Guida operative per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività da parte delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero – Universitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del Servizio sanitario della Regione Puglia sono tenuti ad osservare quanto contenuto nel presente documento.

Le presenti Linee Guida valgono anche per gli Amministratori delle Società di "in house providing" costituite dalle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero – Universitarie, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del Servizio sanitario della Regione Puglia quali società strumentali deputate allo svolgimento delle attività e servizi istituzionali dei medesimi Enti.

Quadro normativo e giurisprudenziale di riferimento

1) Disposizioni in materia di reclutamento del personale

L'art. 18, d.l. 112/2008 e s.m.i., come integrato dall'art. 19 del d.l. 78/2009, convertito in legge n.102/2009 reca disposizioni in materia di «reclutamento del personale delle società pubbliche», individuando sia il presupposti soggettivi che quelli oggettivi (attività economica) e funzionali (finanziari e concorrenziali) che delineano i confini del campo di applicazione della norma.

L'art. 19 del d.l. 78/2009, nella versione modificata ad opera della legge n.102/2009, ha aggiunto un comma (precisamente il 2-bis) all'art. 18 del d.l. n.112/2008 che introduce ulteriori obblighi in materia di reclutamento e di politiche del personale, nonché di conferimento di incarichi di consulenza, all'uopo individuando un più ristretto sottoinsieme rispetto al campo di applicazione generale cui già faceva riferimento l'art. 18 del d.l. n.112/2008.

Attesa anche la diretta correlazione normativa con il regime applicativo dei vincoli e dei limiti alle assunzioni di personale ed alle politiche di contenimento dei trattamenti retributivi accessori o del conferimento degli incarichi consulenziali, la norma certamente deve essere oggetto di interpretazione in senso restrittivo e letterale, attesa la sua natura eccezionale, che va ad imporre a società di capitali formalmente di diritto privato, vincoli e limitazioni di derivazione pubblicistica e risulterebbe quindi applicabile alle società a controllo pubblico uni personale come le società in house.

In relazione all'applicazione degli obblighi di selezione per il reclutamento del personale e per il conferimento degli incarichi (art. 18, commi 1 e 2, d.l. 112), avremo:

a) società che gestiscono servizi pubblici locali, indipendentemente dalla tipologia dell'affidamento (diretto o tramite evidenza pubblica) e del regime giuridico che governa la relazione di fornitura con gli enti affidanti (appalto o concessione)

b) società che hanno ad oggetto attività diverse dai servizi pubblici locali, indipendentemente dalla tipologia dell'affidamento (diretto o tramite gara) e del regime giuridico che governa la relazione di fornitura strumentale con gli enti affidanti (appalto o concessione)

In relazione all'applicazione dei vincoli e delle limitazioni afferenti il regime previsto, in materia di assunzioni, per l'amministrazione controllante e per l'adeguamento delle politiche del personale e delle consulenze (art. 18, comma 2-bis, d.l. n.112/2008, come introdotto dall'art. 19 della legge n.102/2009), avremo:

a) società che gestiscono di servizi pubblici locali affidati senza gara (in house providing o concessioni dirette in regime transitorio)

b) società che hanno ad oggetto attività diverse dai servizi pubblici locali, integranti «funzioni» volte a soddisfare esigenze di interesse generale aventi carattere non industriale né commerciale

c) società che hanno ad oggetto altre attività, diverse dai servizi pubblici locali, costituite dalla produzione di «servizi» o «attività strumentali», svolte nei confronti della pubblica amministrazione a supporto di funzioni amministrative di natura pubblicistica.

Per queste ultime trattasi, fondamentalmente, di servizi o attività strumentali ovvero di funzioni istituzionali delegabili ex lege, disciplinate, rispetto all'utilizzo del modello societario, dall'art. 13 del decreto legge n.223/2006 e s.m.i. (legge n.248/2006 - c.d. Bersani), con le modifiche ora apportate dall'art.48 della legge n.99/2009. Circa la natura delle attività ricomprese in questa categoria la giurisprudenza ha chiarito che *«possono definirsi strumentali all'attività di tali enti in funzione della loro attività, con esclusione dei servizi pubblici locali, tutti quei beni e servizi erogati da società a*

supporto di funzioni amministrative di natura pubblicistica di cui resta titolare l'ente di riferimento e con i quali lo stesso ente provvede al perseguimento dei suoi fini istituzionali. Le società strumentali sono, quindi, strutture costituite per svolgere attività strumentali rivolte essenzialmente alla pubblica amministrazione e non al pubblico, come invece quelle costituite per la gestione dei servizi pubblici locali che mirano a soddisfare direttamente ed in via immediata esigenze generali della collettività» (Cons. Stato, sez. V, n. 3766 del 12 giugno 2009 e anche n. 1600 del 14 aprile 2008).

Da quanto sopra osservato, ne deriva che il campo di applicazione dell'art.18 in relazione ai presupposti soggettivo, oggettivo e funzionale (società non quotate) prevede per i servizi o le attività strumentali (art.13, d.l. n.223/2006 e se inserite nell'elenco ISTAT ex art. 1, comma 5, legge n.311/2004) l'applicabilità dei commi 2 e 2-bis.

Il rispetto del patto di stabilità interno nell'esercizio precedente ha, quindi, un legame anche alle politiche volte alle assunzioni di personale anche nelle società strumentali.

E', pertanto, necessario assicurare forme dirette di controllo da parte della Regione dei processi legati al personale ed alle relative assunzioni operate dalle società *in house* costituite dalle Aziende Sanitarie, dagli Enti pubblici del Servizio sanitario regionale.

2) Disposizioni in materia di affidamento di attività alle società pubbliche

Il decreto legge n.135/2009 di modifica ed integrazione dell'art.23-bis del decreto legge n.112/2008, convertito in legge n.133/2008 così come convertito con modificazioni in legge n.166/2009 ha introdotto ulteriori elementi di problematicità al già complesso quadro normativo in materia di società pubbliche, società miste, società pubblico locali, società strumentali e società in house che dir si voglia.

Tra le novità introdotte dal decreto legge n.135/2009 che riguardano espressamente l'art.23-bis e tenuto conto delle modifiche operate dal Parlamento nella fase di conversione in legge, è opportuno evidenziare quanto segue:

a) *è previsto che (comma 2) il conferimento della gestione dei servizi pubblici locali avvenga, in via ordinaria, secondo le modalità previste alle lettere a) e b);*

b) *è previsto che (comma 3) «in deroga alle modalità di affidamento ordinario di cui al comma 2, per situazioni eccezionali che, a causa di peculiari caratteristiche economiche, sociali, ambientali e geomorfologiche del contesto territoriale di riferimento, non permettono un efficace e utile ricorso al mercato, l'affidamento può avvenire a favore di società a capitale interamente pubblico, partecipata dall'ente locale, che abbia i requisiti richiesti dall'ordinamento comunitario per la gestione cosiddetta "in house" e, comunque, nel rispetto dei principi della disciplina comunitaria in materia di controllo analogo sulla società e di prevalenza dell'attività svolta dalla stessa con l'ente o gli enti pubblici che la controllano. »*

c) *è previsto che (comma 4) «nei casi di cui al comma 3, l'ente affidante deve dare adeguata pubblicità alla scelta, motivandola in base ad un'analisi del mercato e contestualmente trasmettere una relazione contenente gli esiti della predetta verifica all'Autorità garante della concorrenza e del mercato per l'espressione di un parere preventivo, da rendere entro sessanta giorni dalla ricezione della predetta relazione. Decorso il termine, il parere, se non reso, si intende espresso in senso favorevole. »*

Il decreto legge appare introdurre, quindi, per l'*in house* dei servizi pubblici locali ulteriori restrizioni e limiti legate all'aggettivo "*eccezionali*" aggiunto al comma 3 dopo il sostantivo "*situazioni*" ma che, comunque, nulla aggiunge alla sostanza originaria della norma.

Va, comunque, osservato quanto segue:

a) anzitutto che al comma 3 si indica espressamente la gestione *"in house"* mentre nel precedente testo dell'articolo 23-bis si parlava solo di forme rispettose della disciplina comunitaria, espressione quanto meno oscura;

b) la indicazione dei tre requisiti richiesti alle società *in house* (capitale interamente pubblico, controllo analogo, prevalenza dell'attività svolta con l'ente che la controlla) nulla aggiungono e nulla tolgono all'ordinamento attuale;

c) al comma 4 si è depennato il richiamo alle autorità di regolazione del settore che avrebbero dovuto esprimersi sulla scelta dell'in house in aggiunta al parere dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato;

d) è stato aggiunto un comma: il 4-bis che è stato modificato dal Parlamento e, nella versione ultima, prevede che *"L'Autorità garante della concorrenza e del mercato, in forza dell'autonomia organizzativa e funzionale attribuita dalla legge 10 ottobre 1990, n. 287, e successive modificazioni, individua, con propria delibera, le soglie oltre le quali gli affidamenti di servizi pubblici locali assumono rilevanza ai fini dell'espressione del parere di cui al comma 4."*;

e) nell'ultima formulazione modificata dal Parlamento, al comma 8 dell'art.23 bis è stato, tra l'altro, previsto che *"a) le gestioni in essere alla data del 22 agosto 2008 affidate conformemente ai principi comunitari in materia di cosiddetta "in house" cessano, improrogabilmente e senza necessità di deliberazione da parte dell'ente affidante, alla data del 31 dicembre 2011"*;

Al comma 9 il decreto legge prevede il divieto per le società e loro controllate o controllanti che gestiscono servizi pubblici locali in affidamento diretto di acquisire la gestione di servizi ulteriori in ambiti territoriali diversi o svolgere servizi ed attività per altri enti pubblici e privati.

E' del tutto evidente, comunque, la necessità di un quadro normativo organico sulla materia frutto della condivisione con le Regioni e gli Enti Locali atteso che, oggi, esso risulta di assai difficile applicazione "letterale" e soprattutto lesivo delle prerogative delle Autonomie Locali e delle iniziative già in atto.

3) Delega al Governo

Il comma 10 dell'art.23-bis è stato modificato nel senso che è stata confermata la delega al Governo di emanare uno o più regolamenti, sentita la Conferenza unificata nonché le competenti Commissioni parlamentari, con alcune varianti rispetto alla formulazione precedente:

- termine differito al 31 dicembre 2009 (praticamente un anno dopo quello originario e comunque di difficile realizzazione temporale);
- alla lettera a) prevedere *«l'assoggettamento dei soggetti affidatari cosiddetti in house di servizi pubblici locali al patto di stabilità interno, tenendo conto delle scadenze fissate al comma 8, e l'osservanza da parte delle società in house e delle società a partecipazione mista pubblica e privata di procedure ad evidenza pubblica per l'acquisto di beni e servizi e l'assunzione di personale»*;
- depenno della lettera e) relativa all'allineamento delle scadenze in essere.

In ogni caso, il riformato testo dell'art.23-bis regolamenta espressamente l'affidamento di attività e servizi in fvore di società pubblico - locali di rilevanza economica e non già le società strumentali o "in house" costituite da Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

A conferma dell'assunto che l'art. 23-bis non riguarda le singole prestazioni rese in favore dei titolari di pubblici servizi (le Aziende o Enti del SSR, nel caso di specie), è intervenuta la delibera del 16 ottobre 2008 dell'AGCM (l'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato).

4) Servizi pubblico – locali e servizi strumentali

Tralasciando in questa sede di trattare ed argomentare approfonditamente circa la definizione legislativa generale di "servizio pubblico" e le sue evoluzioni anche nel contesto europeo, in quanto non rilevante ai fini delle linee guida, si intende porre un elemento di chiarezza soprattutto circa la differenza tra servizio pubblico – locali e servizi strumentali utile per definire gli ambiti normativi applicabili alle società di "in house provinding" costituite nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

Un contributo normativo per una definizione di servizio pubblico è scaturito dalla direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 che ha dettato i principi sull'erogazione dei servizi pubblici. Con riguardo a tale direttiva sono considerati servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione, quelli tesi a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla salute, all'assistenza e previdenza sociale, alla istruzione e alla libertà di comunicazione, alla libertà e alla sicurezza della persona, alla libertà di circolazione, e quelli di erogazione di energia elettrica, acqua e gas. Successivamente con la legge 11 luglio 1995 n. 273 all'art. 2, comma 1, sono stati individuati i seguenti servizi pubblici: sanità, assistenza, istruzione, comunicazioni e trasporti, energia elettrica, acqua e gas. Il D.P.C.M. 19 maggio 1995 ha così individuato i settori di servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi di riferimento delle Carte dei servizi pubblici: Sanità, Assistenza, previdenza sociale, Istruzione, Comunicazioni, Trasporti, energia elettrica, acqua, gas. Successivamente il DPCM 2 dicembre 1997 ha individuato, come ulteriore settore: il fisco.

Va considerato, poi, che costituisce principio indefettibile della costituzione economica dell'Unione Europea quello di garantire la completa parità di accesso di tutte le imprese europee al monte dei contratti pubblici anche nel campo dei servizi pubblici ove sussiste uno specifico obbligo di assicurare la massima apertura concorrenziale.

Eventuali opzioni con le quali la pubblica amministrazione decide di gestire ed erogare direttamente i pubblici servizi o produrre le attività strumentali di competenza attraverso la formula dell'in house providing, costituiscono eccezioni al principio del diritto comunitario la cui motivazione incombe su chi intenda avvalersene.

L'impianto giurisprudenziale, corroborato da innumerevoli pronunce dei Tribunali Amministrativi Regionali, trova cogente riscontro normativo nell'art. 3, commi 27-31, della Legge n.244/2007 (finanziaria 2008), laddove il legislatore si è preoccupato di stabilire che ogni decisione dell'ente pubblico relativa all'utilizzo di modelli gestionali in forma societaria, deve rispondere ai generali canoni di efficienza, efficacia ed economicità, dimostrati non tramite dichiarazioni politiche meramente enunciative, bensì attraverso un processo di scelta tecnico-economica che dimostri la sussistenza di un rapporto di stretta necessarietà con il perseguimento delle proprie finalità istituzionali in ogni opzione societaria. Il legislatore, con una serie di norme emanate nell'ultimo triennio (legge n.248/2006, art.13; legge n.244/07, finanziaria 2008; legge n.133/2008, art.23-bis; legge n.166/2009) ha voluto conferire dignità normativa ad un consolidato assunto giurisprudenziale, ribadendo che il presupposto legittimante per la costituzione delle società va ricercato nello stringente rapporto di causa-effetto tra la partecipazione dell'ente pubblico al contratto sociale e la strumentale indispensabilità di siffatta partecipazione rispetto al conseguimento delle sue finalità istituzionali che, se inesistente, impedisce alla PA di avvalersi dello strumento societario per l'esercizio delle proprie attività. Il divieto normativo, in assenza di tale presupposto, non va naturalmente riferito alla forma, al contratto sociale, investendo, invece, la sostanza, l'attività economica da in concreto esercitarsi.

La società, infatti, è solo un modello organizzatorio, di natura privatistica, per il conseguimento delle finalità istituzionali dell'ente che devono trovare una diretta corrispondenza nell'oggetto del contratto sociale (parametro di strumentalità). In altri termini, è l'attività economica dedotta nell'oggetto

sociale che deve essere strumentalmente correlata al miglior conseguimento delle finalità istituzionali e non il mero contenitore societario. Quest'ultimo si configura come fondamentalmente neutro rispetto all'attività esercitata, eccezion fatta per la causa contrattuale che dovrà, invece, essere necessariamente coerente con le previsioni dell'art. 2247, ovvero con quelle dell'art. 2615-ter del codice civile, nel rispetto del tipo societario di base (art. 2249 c.c.).

L'indagine va quindi indirizzata a stabilire se i servizi e le prestazioni della società integrino servizi pubblici resi nell'ambito dei servizi e delle prestazioni di competenza dell'ente o servizi strumentali alle attività istituzionali dell'ente. Va subito in proposito chiarito che non ogni attività, solo perché assunta dall'ente pubblico, diventa perciò stesso pubblico servizio. Di "servizio pubblico", in assenza di univoca definizione, dottrina e giurisprudenza ne hanno individuato gli elementi caratterizzanti.

Questi, in estrema sintesi, gli elementi: 1) la presenza di una domanda diffusa, della collettività; 2) rapporto diretto e immediato fra esigenze della collettività e il servizio reso; 3) una tariffa all'utenza.

Nel merito, con riferimento alle "attività istituzionali" riferibili non alla sola Azienda Sanitaria ma ad ogni Pubblica Amministrazione di cui all'art. 1 del D.Lgs. 165/2001, la dottrina amministrativa distingue le "funzioni finali" da quelle di carattere "strumentale". Le prime si estrinsecano in attività il cui obbiettivo corrisponde in modo diretto ai fini stessi della P.A. (per la Asl: compiti di tutela della salute, come definiti e individuati da norme specifiche: Legge 23.12.1978, n.833, art.2, e D.Lgs. 31.3.1988, n. 12, art. 113), le seconde riguardano la attività il cui obbiettivo diretto è invece quello di rendere possibili le attività finali, o anche soltanto altre attività strumentali (cfr. SORACE D., Diritto delle Amministrazioni Pubbliche, una introduzione, Il Mulino, 2007, pag. 163 e ss.).

Possiamo a questo punto fissare i caratteri distintivi delle attività qualificabili come servizi strumentali o interni, così come elaborati dalla unanime dottrina:

1) Attività o servizi prodotti in economia o acquisiti sul mercato e che presentano caratteristiche tecnico-economiche di complementarietà produttiva rispetto ad altri processi di produzione-erogazione di attività istituzionali o di servizi pubblici, organizzati e gestiti da parte dell'ente;
2) Attività o servizi non diretti, in via immediata, a soddisfare bisogni finali della collettività o dell'utenza di riferimento, bensì interni all'ente (il rapporto con la collettività è quindi solo mediato e non dà luogo ad alcun autonomo rapporto giuridico con l'utenza);
3) Non sono disciplinati da normative speciali di natura regolatoria pubblica;
4) L'ente appaltante o affidatario in house realizza i propri ricavi grazie ai corrispettivi dovuti per le prestazioni eseguite.

La distinzione fra servizi pubblici e servizi strumentali, e quindi la differenza fra concessione e appalto di servizi, è fondamentale per individuare le norme con riferimento alle quali esprimere pertinenti valutazioni sulla legittimità degli atti e sui percorsi di costituzione delle rispettive società.

Rilevante differenza consiste nel fatto che mentre l'appaltatore presta il servizio in favore della pubblica amministrazione, che utilizza tale prestazione ai fini dell'eventuale erogazione del servizio pubblico a vantaggio della collettività, nella concessione di pubblico servizio, invece, il concessionario sostituisce (rectius: si sostituisce alla) la pubblica amministrazione nell'erogazione del servizio.

Normalmente, nella concessione dei pubblici servizi il costo del servizio grava sugli utenti, mentre nell'appalto di servizi spetta all'Amministrazione l'onere di compensare l'attività svolta dal privato.

Tutto ciò che non è esercizio di potere amministrativo, ma è anzi ad esso strumentale, non deve essere necessariamente essere svolto dal soggetto titolare del potere. In breve la formula societaria può

essere utilizzata da un ente, non solo per lo svolgimento di attività economiche, ma anche per lo svolgimento di attività non propriamente tali, per esempio preliminari alla esplicazione di funzioni pubbliche e consistente in attività di supporto alle funzioni stesse.

Elementi qualificanti la concessione di servizi si individuano, quindi, nella natura dei destinatari della prestazione, la collettività degli utenti, e nell'allocazione del rischio di gestione in capo al concessionario. L'oggetto del contratto consiste nel diritto di gestire i servizi. Nell'appalto di servizi, invece, il fruitore verso corrispettivo è la stessa pubblica amministrazione, alla quale spetta l'attività svolta dal privato.

La norma di riferimento per i servizi pubblici (locali) fino alla data del 22 agosto 2008 (data di entrata in vigore della legge n.133 del 6 agosto 2008) era contenuta nell'art. 113 del TUEL, nella versione risultante dalla modifica operata dall'art. 14, co.1, lett. a), legge n.326 del 2003. Ora è l'art. 23-bis della legge n.133/2008 come modificato ed integrato dalla legge n.166/2009 che, nel riscrivere la disciplina dei servizi pubblici (locali) di rilevanza economica, è destinato a prevalere anche sulle discipline di settore.

Per concludere, è di tutta evidenza che la legittimità degli atti di costituzione delle società "in house" nell'ambito del Servizio sanitario regionale non può essere valutata con riferimento alle norme disciplinanti la concessione di pubblici servizi, atteso che le prestazioni alle quali esse possono attendere non integrano l'ipotesi si concessione di pubblico servizio.

Con riferimento ai **servizi strumentali**, ad oggi, la normativa di riferimento resta l'art. 13 della legge 4 agosto 2006, n. 248 (legge di trasformazione del cd decreto Bersani-Visco, il decreto-legge 4 luglio 2006, n.223).

La legge prevede che, al fine di evitare alterazioni o distorsioni della concorrenza e del mercato e di assicurare la parità degli operatori, le società a capitale pubblico o misto che svolgono servizi strumentali previo affidamento in house (c'è una esplicita esclusione dei servizi pubblici) possono operare solo nei limiti appresso indicati:

a) Debbono operare esclusivamente con gli enti costituenti o partecipanti o affidanti;

b) Non possono svolgere prestazioni a favore di altri soggetti pubblici o privati, né in affidamento diretto né con gara;

c) Non possono partecipare ad altre società od enti;

d) Devono avere un oggetto sociale esclusivo;

e) Non possono operare in violazione delle regole descritte, pena la nullità dei contratti.

Con l'espressione "appalti in house" si vuole oggi indicare l'ipotesi particolare in cui l'appalto venga affidato a soggetti, che siano parte della amministrazione stessa.

Quindi, ai fini dell'acquisizione di beni, servizi e lavori, la P.A. non ricorre all'esterno, attraverso gare e dunque facendo ricorso al mercato, ma provvede in proprio. Tale sistema si diversifica dal c.d. Outsourcing o Contractingout (c.d. Esternalizzazione) in cui l'ente pubblico si rivolge al privato al fine di affidargli il compito di produrre beni o servizi.

Sulle condizioni per l'affidamento in house di servizi da parte della PA sono oramai innumerevoli pronunce degli organi della giustizia amministrativa che ne hanno definito contenuto e contorni.

Il giudice comunitario (sentenza del 18 novembre 1999 nota come "Sentenza Teckal") ha stabilito che "si deve trattare di un rapporto che determina da parte dell'amministrazione controllante un assoluto potere di direzione coordinamento e supervisione che riguarda l'insieme dei più importanti atti di

gestione". Affinché vi sia controllo analogo, quindi, si deve verificare in concreto se si realizzi *"una sorta di amministrazione indiretta nella gestione del servizio, che resta saldamente nelle mani dell'ente concedente, attraverso un controllo assoluto sull'attività della società affidataria la quale è istituzionalmente destinata in modo assorbente a operazioni in favore di questo"* (Consiglio di Stato, Sez. IV, 25 gennaio 2005 n. 168). L'amministrazione controllante deve esercitare un assoluto potere di direzione, di coordinamento e di supervisione dell'attività della persona giuridica controllata, che non possiede alcuna autonomia decisionale in relazione ai più importanti atti di gestione e che si configura come un'ipotesi di terzietà formale, ma non sostanziale.

Il giudice comunitario ha, quindi, chiarito che affinché si possa ammettere l'affidamento in house è necessario che il soggetto affidatario, pur essendo formalmente dotato di personalità giuridica diversa dall'Amministrazione, è sottoposto tuttavia ad un controllo gerarchico così intenso da parte dell'Ente, che può essere assimilato al controllo che l'Amministrazione esercita sulle proprie strutture interne.

Mancando, in questo caso, una relazione intersoggettiva, è da individuarsi un rapporto organico (o di delegazione interorganica), venendo a mancare la qualità di terzo in capo al soggetto affidatario. La delega interorganica e il conseguente rapporto di strumentalità dell'ente affidatario rispetto all'amministrazione aggiudicatrice rendono allora lo svolgimento della prestazione una vicenda tutta interna alla pubblica amministrazione.

Inoltre, è utile rammentare che:

1) con Ordinanza della Corte di Giustizia Europea sez. VII 10/4/2008 n. C-323/07 è stato, tra l'altro, confermato che *la direttiva 93/36 si applica, in linea di principio, agli appalti conclusi tra, da una parte, un ente locale e, dall'altra, una persona giuridicamente distinta da quest'ultimo. Tuttavia, essa non si applica nel caso in cui l'ente locale eserciti sulla persona di cui trattasi un controllo analogo a quello da esso esercitato sui propri servizi e, nel contempo, questa persona realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente o con gli enti locali che la controllano* (v. sentenza Teckal, cit., punto 50);

2) con Sentenza della Corte di Giustizia Europea sez. III 13/11/2008 n. C-324/07 è stato affermato che *per valutare se un'autorità pubblica concedente eserciti sull'ente concessionario un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi è necessario tener conto di tutte le disposizioni normative e delle circostanze pertinenti. Da quest'esame deve risultare che l'ente concessionario è soggetto a un controllo che consente all'autorità pubblica concedente di influenzarne le decisioni. Deve trattarsi di una possibilità di influenza determinante sia sugli obiettivi strategici che sulle decisioni importanti di detto ente* (v., in tal senso, sentenze Parking Brixen, cit., punto 65, e 11 maggio 2006, causa C-340/04, Carbotermo e Consorzio Alisei, Racc. pag. I-4137, punto 36).

3) il Tribunale Amministrativo Regionale Sardegna 12/8/2008 n. 1721 con riferimento all'art. 113 del TUEL (intitolato «Gestione delle reti ed erogazione dei servizi pubblici locali di rilevanza economica») che al comma 5, lett. c), dispone *che «a società a capitale interamente pubblico a condizione che l'ente o gli enti pubblici titolari del capitale sociale esercitino sulla società un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi e che la società realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente o gli enti pubblici che la controllano»*, ha tra l'altro affermato che *«Non è, infatti, vietato all'amministrazione sottrarre al mercato attività in relazione alle quali la medesima ritenga di dover provvedere direttamente con la propria organizzazione. Come è stato, efficacemente, rilevato, la creazione di un mercato comune e l'applicazione delle regole di tutela della concorrenza per garantirne il mantenimento incontrano il limite del potere di organizzazione della pubblica amministrazione riconosciuta agli stati membri dalle istituzioni*

comunitarie. Tale limite non rappresenta una deroga alla disciplina europea delle libertà economiche tutelate dal mercato comune, ma è definizione di ciò che non è mercato».

Questo rilievo ha trovato eco nella giurisprudenza comunitaria, secondo la quale "Un'autorità pubblica che sia un'amministrazione aggiudicatrice, ha la possibilità di adempiere ai compiti di interesse pubblico ad essa incombenti mediante propri strumenti, amministrativi, tecnici e di altro tipo, senza essere obbligata a far ricorso ad entità esterne non appartenenti ai propri servizi. In tal caso non si può parlare di contratto a titolo oneroso concluso con entità giuridicamente distinta dall'amministrazione aggiudicatrice. Non sussistono dunque i presupposti per applicare le norme comunitarie in materia di appalti pubblici" (così Corte Giust. C.E. 11/1/2005 in causa C-26/03, Stadt Halle). Ed altresì, in quella nazionale, ove si afferma che la norme comunitarie "non interferiscono sui poteri delle pubbliche amministrazioni di adottare soluzioni organizzative che siano le più rispondenti alle esigenze che esse stesse ritengano di dover soddisfare conformemente alle leggi che le disciplinano" (così Cons. Stato, V Sez., 18/9/2003 n°5316).

Deve, quindi, ritenersi che la scelta di optare tra outsourcing e in house providing non sia sindacabile alla stregua del diritto comunitario.

In presenza delle cennate condizioni - "controllo analogo" e destinazione prevalente dell'attività all'ente di appartenenza - il legame che unisce quest'ultimo all'affidatario del servizio ha carattere organizzativo, cosicché non è richiesto l'esperimento di procedure ad evidenza pubblica (...).

4) con Deliberazione 2/4/2008, n. 10 la Corte dei Conti – Sez. Regionale di Controllo per la Sicilia ha affermato che *"La giurisprudenza comunitaria, in particolare, ha utilizzato l'espressione in house providing per identificare il fenomeno di "autoproduzione" di beni, servizi o lavori da parte della pubblica amministrazione. Si è in presenza di un modello di organizzazione di delegazione interorganica. Tuttavia, trattandosi di una palese deroga ai principi di concorrenza e trasparenza, che potrebbe determinare delle forme di distorsione del mercato, l'istituto in questione è stato ritenuto ammissibile solo nel rispetto di alcune condizioni, individuate in prima analisi attraverso numerose pronunce della Corte di Giustizia europea, successivamente avallate e interpretate, laddove necessario, dalla Giustizia amministrativa di primo e secondo grado, sia in sede giurisdizionale che in sede consultiva. Il rischio temuto dalla Corte di Giustizia attiene alla possibilità che l'affidamento diretto del servizio possa sottrarre al libero mercato tutta una serie di imprese private che, in tale contesto di autoproduzione del servizio, verrebbero ad essere escluse da ogni possibile accesso e che, contestualmente, si verrebbe a costituire a favore dell'impresa affidataria una posizione di privilegio connessa alla scontata acquisizione di contratti. In sostanza, ciò che la Comunità europea vuole scongiurare è che tale fenomeno determini delle posizioni di vantaggio economico per le imprese in house con conseguente alterazione della par condicio. In tale ottica la giurisprudenza europea ha individuato rigorosi presupposti per rendere legittimo l'affidamento in house: 1) il "controllo analogo a quello svolto sui propri servizi", necessariamente esercitato dall'ente pubblico nei confronti dell'impresa affidataria; 2) che l'attività prevalente del soggetto privato sia rivolta in favore dell'ente controllante. Pertanto, qualora sussistenti le condizioni come sopra enucleate ("controllo analogo" e "attività prevalente"), la società in house non può ritenersi terzo rispetto all'amministrazione controllante ma deve considerarsi come uno dei servizi propri dell'amministrazione stessa e, conseguentemente, non occorre che l'amministrazione ponga in essere procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di appalti. Le citate condizioni legittimanti l'affidamento in house, così come in origine elaborate nella pronuncia Teckal C-107/98, hanno subito un forte processo evolutivo da parte della giurisprudenza europea e nazionale attraverso un percorso volto a rendere sempre più stringente e rigoroso il contenuto dei presupposti, con particolare attenzione al cd. "controllo analogo". Per quest'ultimo, difatti, si è partiti da un orientamento giurisprudenziale che riteneva*

sufficiente qualificare il controllo dell'ente come analogo a quello esercitato verso i propri servizi, in presenza di una partecipazione pubblica del 51% ; fino alla pronuncia del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana (719/2007) in cui si argomenta che "è necessario che si realizzi quello che è definito un controllo strutturale, e questo non può limitarsi agli aspetti formali relativi alla nomina degli organi societari ed al possesso della totalità del capitale azionario".

Linee Guida

Le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici della Regione Puglia possono costituire società a capitale interamente pubblico che abbiano i requisiti richiesti dall'Ordinamento comunitario per la gestione cosiddetta "in house" di servizi strumentali alle attività istituzionali del servizio sanitario regionale come disciplinati dalla normativa vigente in materia.

La costituzione e la gestione delle società deve avvenire nel rispetto dei principi della disciplina nazionale e comunitaria in materia di società pubbliche e di controllo analogo sulla società nonché di prevalenza dell'attività svolta dalla stessa con l'Ente o gli Enti pubblici che la controllano.

Con riferimento ai servizi strumentali, ad oggi, la normativa di riferimento resta (il più volte modificato) art. 13 della legge 4 agosto 2006, n. 248 (legge di trasformazione del cosiddetto decreto "Bersani-Visco", il decreto-legge 4 luglio 2006, n.223) che prevede che, al fine di evitare alterazioni o distorsioni della concorrenza e del mercato e di assicurare la parità degli operatori nel territorio nazionale, le società, a capitale interamente pubblico o misto, costituite o partecipate dalle amministrazioni pubbliche regionali e locali per la produzione di beni e servizi strumentali all'attività di tali enti in funzione della loro attività possono operare solo nei limiti appresso indicati:

a) Debbono operare esclusivamente con gli enti costituenti o partecipanti o affidanti;

b) Non possono svolgere prestazioni a favore di altri soggetti pubblici o privati, né in affidamento diretto né con gara;

c) Non possono partecipare ad altre società od enti;

d) Devono avere un oggetto sociale esclusivo;

e) Non possono operare in violazione delle regole descritte, pena la nullità dei contratti.

In ragione di quanto sopra indicato, la costituzione e la gestione delle società deve avvenire nel rispetto dei principi, dei vincoli e degli obiettivi previsti e specificati dal presente documento.

Contenuti minimi degli statuti costitutivi delle Società

Lo statuto delle società a capitale interamente pubblico costituite dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliero – Universitarie, dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici della Regione Puglia deve risultare conforme ai requisiti minimi di seguito stabiliti.

Le società eventualmente già costituite alla data del presente documento, adeguano i propri statuti a quanto qui previsto.

Art. 1 (Denominazione)

La denominazione delle società a responsabilità limitata uni personali deve consentire una immediata riconoscibilità quale società pubblica del Servizio Sanitario Regionale della Regione Puglia e, pertanto, deve essere possibilmente conforme alla seguente: *"Sanitaservice"* seguita dalla indicazione dell'ASL provinciale controllante (es: *Sanitaservice ASL FG, Sanitaservice ASL TA*).

Art. 2 (Oggetto)

La società deve avere per oggetto la gestione di servizi nel settore della assistenza alla persona e socio sanitario, ed in particolare i servizi di supporto strumentali alla cura della persona, i servizi di supporto strumentali ai servizi di emergenza (118), le attività socio assistenziali di supporto ai servizi di riabilitazione, altre attività di supporto strumentali alle attività istituzionali da erogare presso le strutture sanitarie dell'Azienda Sanitaria, dell'Azienda Ospedaliero Universitarie, dell'IRCCS pubblico di riferimento.

Le attività da svolgersi dovranno riguardare, specificamente, servizi e prestazioni strettamente collegate alle attività e servizi di supporto strumentali alle attività istituzionali, individuati da ciascuna Azienda Sanitaria o Istituto del Servizio sanitario regionale in ragione delle diverse tipologie, articolazioni e conformazioni dei servizi attualmente affidati a terzi nonché in considerazione delle peculiarità della organizzazione del lavoro, delle mansioni effettive degli operatori addetti e della loro attività funzionalmente collegata alle attività svolte dal personale dipendente dell'Azienda o Istituto.

Devono ritenersi espressamente escluse tutte le attività che costituiscano compito diretto di tutela della salute.

La società potrà compiere tutte le operazioni commerciali, finanziarie, industriali, che saranno ritenute dall'Amministratore unico necessarie od utili per il conseguimento dell'oggetto sociale, nell'ambito delle strategie aziendali stabilite dalla Azienda Sanitaria o Istituto e da questa preventivamente autorizzate e, comunque, nel rispetto delle norme vigenti.

La società potrà operare esclusivamente per l'Azienda Sanitaria o Istituto controllante, nell'ambito territoriale di quest'ultimo e non potrà svolgere o altrimenti erogare servizi e prestazioni nei confronti di qualunque altro soggetto pubblico o privato, né potrà stipulare contratti per l'erogazione dei servizi di cui all'oggetto sociale con altri soggetti giuridici pubblici o privati, né partecipare a qualsiasi forma di gara bandita da soggetti terzi.

Le quote societarie non possono essere, in alcun modo e forma e in nessun caso, cedute a soggetti terzi, pubblici o privati.

La società, per il conseguimento dei suoi scopi e per le sue attività potrà richiedere ed avvalersi di qualsiasi agevolazione previste dalla legislazione vigente di contenuto erogatorio a livello regionale, nazionale e comunitario, nonché delle leggi di finanziamento agevolato, degli sgravi fiscali e

contributivi previsti sotto qualsiasi forma, anche con riferimento alle disposizioni per le imprese che operano nei territori del mezzogiorno.

Art. 3 (Durata)

La durata della società deve essere almeno con durata trentennale, al fine di consentire l'ammortamento degli investimenti effettuati.

Art. 4 (Sede legale)

La società deve avere sede legale preferibilmente presso la sede della Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria o Istituto controllante e, per decisione dell'assemblea dei soci, può istituire e sopprimere, limitatamente al territorio di competenza della Azienda Sanitaria o Istituto, filiali, succursali, agenzie o unità locali comunque denominate.

Art. 5 (Domicilio)

Il domicilio dei soci, per tutti i rapporti con la società, si deve intendere a tutti gli effetti quello risultante dal libro soci.

Art. 6 (Capitale sociale)

Il capitale sociale iniziale deve essere determinato almeno in euro 100.000,00 (centomila) e detto capitale deve risultare essere sottoscritto ed interamente versato.

Il capitale sociale potrà essere variato con l'osservanza delle prescritte disposizioni di legge.

Le quote di partecipazione sociale non possono essere inferiori a 1 (uno) euro o multipli di 1 (uno) euro.

Le quote di partecipazione sociale possono essere possedute esclusivamente dalla Azienda Sanitaria o Istituto pubblico del Servizio Sanitario Regionale di Puglia. Ogni cessione delle quote deve intendersi nulla di diritto.

I versamenti sulle quote devono essere richiesti dagli Amministratori delle Società nei modi e termini che saranno reputati di convenienza per la Società medesima.
A carico dei soci in ritardo con i versamenti sono applicati gli interessi al saggio legale in ragione annua.

Art. 7 (Finanziamento dei soci alla società)

I finanziamenti con diritto a restituzione della somma versata possono essere effettuati a favore della società esclusivamente dai soci con le modalità e i limiti di cui alla normativa tempo per tempo vigente in materia di raccolta del risparmio.

Salvo diversa determinazione assembleare, i versamenti effettuati dai soci a favore della società devono considerarsi infruttiferi.

Art. 8 (Recesso del socio)

Il socio può recedere dalla società per la sua intera partecipazione, nei casi previsti dall'art. 2473 del codice civile.

Il socio che intende recedere deve comunicare tale sua volontà all'organo amministrativo mediante lettera raccomandata.

Il recesso dell'unico socio comporta le situazioni di cui al successivo art.20.

Art. 9 (Decisioni dei soci)

I soci decidono sulle materie riservate alla loro competenza dalla legge, dallo Statuto e dall'art. 2479 del Codice Civile.

Le decisioni dei soci sono adottate mediante deliberazione assembleare.

La nomina dell'amministratore e degli organi di vigilanza è di competenza dell'assemblea di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria o dell'Istituto controllante.

All'assemblea dei soci, ferme le competenze già devolute dalla legge, spetta deliberare in via esclusiva su:

- indirizzo, coordinamento e controllo delle strategie e delle politiche aziendali tali da garantire il controllo assoluto dei soci sull'attività societaria;
- indirizzo, coordinamento e controllo sulle modalità operative e gestionali, anche in materia di determinazione degli organici e del personale in generale, ivi comprese le modalità di reclutamento, il trattamento giuridico ed economico del personale dipendente, la organizzazione e gestione dei servizi, le modalità di esecuzioni delle prestazioni di cui all'oggetto sociale, l'acquisizione di beni e servizi;
- vigilanza, ispezioni e verifiche relative alla gestione della società, alla documentazione tutta afferente la società, ivi compresa quella contabile, e di tutti gli atti afferenti le competenze di indirizzo, coordinamento e controllo.

Art. 10 (Controllo)

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico ha poteri di direzione, gestione, indirizzo e controllo della società.

I poteri di direzione, gestione, indirizzo e controllo della società sono esercitati attraverso la fissazione dell'indirizzo e delle modalità di coordinamento e di controllo sulle strategie aziendali.

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico esercita il controllo mediante il preventivo esame ed assenso in ordine a tutti gli atti e negozi posti in essere dall'amministratore della società, anche a rilevanza interna.

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico può annullare tutti gli atti dell'assemblea e/o dell'amministratore che risultino in contrasto con gli indirizzi e le strategie e le politiche aziendali e/o regionali preventivamente stabilite.

L'amministratore della società deve consentire l'esercizio dei poteri di indirizzo, coordinamento e controllo da parte del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico nonché, ove previsto, dalla Regione Puglia.

L'amministratore deve predisporre ed inviare al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico, alle scadenze previamente concordate, il piano annuale delle attività e il conseguente bilancio di previsione, che deve essere sottoposto alla preventiva approvazione dell' Azienda o Istituto nei modi di legge.

L'amministratore deve predisporre entro il mese di luglio di ciascun anno, dettagliata relazione sugli elementi gestionali, economici, patrimoniali e finanziari dei primi sei mesi di esercizio che viene sottoposta al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico per l'approvazione.

Il Direttore Generale, ove non condivida la relazione di cui innanzi o alcune sue parti, nel termine di 20 giorni deve inviare osservazioni scritte all'Amministratore il quale, nei successivi dieci giorni, convoca l'assemblea dei soci per ogni opportuna determinazione. In mancanza di osservazioni la relazione si deve intendere approvata.

L'amministratore, nei termini prescritti per la redazione del progetto di bilancio, deve predisporre la relazione consuntiva sul conseguimento degli obbiettivi prefissati nel piano annuale delle attività e sottopone la verifica degli investimenti effettuati al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico. La relazione deve costituire parte integrante e specifica della relazione di cui all'art. 2428 c.c.

L'amministratore deve, inoltre, nei termini prescritti dalla Regione Puglia produrre atti, documenti, informazioni e rendicontazioni.

Art. 11 (Assemblea dei soci)

L'assemblea deve essere convocata dall'Amministratore presso la sede sociale o altrove, purché in Puglia, con qualsiasi mezzo che garantisca la prova dell'avvenuto ricevimento spedito ai soci almeno otto giorni prima dell'adunanza al domicilio risultante dal libro dei soci.

Nell'avviso di convocazione devono essere indicati il giorno, il luogo, l'ora dell'adunanza e l'elenco delle materie da trattare.

Sono valide le assemblee non formalmente convocate quando ad esse partecipi l'intero capitale sociale e tutti gli amministratori e i sindaci, se nominati, sono presenti o informati della riunione e nessuno si oppone alla trattazione.

All'Assemblea partecipa il legale rappresentante dell'Azienda / Ente "....." o suo delegato.

Art. 12 (Svolgimento dell'assemblea)

L'assemblea deve essere presieduta dall'Amministratore; in caso di assenza o impedimento, da persona designata dall'assemblea.

Il Presidente dell'Assemblea ha pieni poteri per accertare se l'assemblea è regolarmente costituita e se esiste il numero legale per deliberare.

L'assemblea, se lo ritenga, può nominare un segretario anche non socio.

Ove prescritto dalla legge e pure in ogni caso in cui il Presidente lo ritenga opportuno, le funzioni di segretario sono attribuite ad un notaio designato dal Presidente.

Le deliberazioni dell'assemblea devono constare da verbale sottoscritto dal Presidente e dal segretario, ove nominato, o dal notaio.

Art. 13 (Quorum costitutivi e deliberativi)

L'assemblea deve ritenersi regolarmente costituita ed è in grado di deliberare con la presenza del legale rappresentante dell'Azienda / Ente "....." o suo delegato..

Art. 14 (Amministratore)

L'amministrazione della società deve essere affidata ad un Amministratore unico.

L'amministratore deve durare in carica almeno per tre esercizi.

L'amministrazione della società può essere affidata anche a soggetti che non siano soci.

La nomina dell'amministratore compete ai soci.

Art. 15 (Compensi e rimborsi per l'amministratore)

All'amministratore, oltre quanto previsto dall'art. 13, comma 2 lettera e), spetta il rimborso delle spese sopportate per ragioni dell'ufficio.

Art. 16 (Poteri del Consiglio di Amministrazione)

L'Amministratore deve essere investito di tutti i poteri per la gestione ordinaria e straordinaria della società che non siano in contrasto con quelli conferiti alla assemblea dei soci o al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico e può compiere tutti gli atti necessari ed opportuni per l'attuazione ed il raggiungimento degli scopi sociali, esclusi quelli che per delega, o per statuto, sono, in modo tassativo, devoluti all'assemblea.

Art. 17 (Rappresentanza)

L'uso della firma sociale e la rappresentanza legale in giudizio e verso terzi, con facoltà di promuovere azioni ed istanze fiscali, giudiziarie ed amministrative per ogni grado di giurisdizione ed anche per i giudizi di revocazione e cassazione e di nominare all'uopo avvocati, anche fiscali, nonché rilasciare procure e deleghe per ogni attività, ivi compresi tutti i rapporti con gli Istituti di Credito, spettano all'Amministratore oltre che, nei limiti della procura, ai procuratori per le operazioni loro affidate.

Art. 18 (Organo di controllo)

Quando obbligatorio per legge, l'assemblea, nomina il Collegio Sindacale ai sensi dell'articolo 2477 del codice civile, che ha anche funzioni di controllo contabile.

Quando la nomina non è obbligatoria per legge può essere nominato, con decisione dei soci, un Collegio Sindacale composto di tre membri effettivi e due supplenti.

In caso di nomina del Collegio Sindacale di cui innanzi ad essi si applicano, ove nello statuto non vi sia un'espressa disciplina in materia, le norme di cui agli artt. 2397 e seguenti del codice civile.

Art. 19 (Bilancio ed utili)

L'esercizio sociale si deve chiudere il trentuno dicembre di ogni anno.

Il bilancio deve essere approvato entro centoventi giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale; il bilancio può, tuttavia, essere approvato entro centottanta giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale nel caso che la società sia tenuta alla redazione del bilancio consolidato o quando lo richiedono particolari esigenze relative alla struttura e all'oggetto della società.

Gli utili netti risultanti dal bilancio, sono ripartiti come segue:

a) il 5 (cinque) per cento al fondo riserva legale, fino a quando non sia raggiunto il quinto del capitale sociale;

b) il residuo sarà destinato in conformità alle decisioni assunte dall'assemblea dei soci in sede di approvazione del bilancio.

Art. 20 (Scioglimento e liquidazione. Rinvio)

La società si deve sciogliere per le cause previste dalla legge e dall'Atto Costitutivo nonché per il venir meno del presupposto della proprietà pubblica della totalità del capitale sociale.

L'assemblea determina le modalità della liquidazione e nomina uno o più liquidatori determinandone i poteri.

In caso di scioglimento della società, per tutto quanto non contemplato dallo statuto si devono applicare le norme di legge vigenti in materia.

Art. 21 (Obblighi e vincoli)

La società è tenuto a rispettare i vincoli normativi europei, nazionali e regionali con particolare riferimento alle norme, regolamenti e direttive regionali in materia di assunzione e di gestione del personale, di contenimento dei costi, di affidamento e gestione dei servizi, di bilancio e contabilità, di trasparenza degli atti e della gestione.

L'Amministratore unico della società è responsabile del rispetto dei vincoli di cui innanzi.

Vincoli ed obiettivi

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero – Universitarie o degli IRCCS pubblici sono tenuti al rispetto dei vincoli di seguito stabiliti ed a garantire il raggiungimento degli obiettivi qui indicati quale elementi per la realizzazione del processo di riorganizzazione delle attività e dei servizi strumentali alle attività istituzionali degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Per quanto applicabili, i vincoli e gli obiettivi di seguito stabiliti sono assegnati agli Amministratori unici delle società uni personali già costitute da Aziende Sanitarie o Istituti pubblici del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

1) Costituzione ed attivazione delle società

Al fine di uniformare il modello organizzativo di gestione ed articolazione dei servizi e delle attività funzionali all'espletamento delle attività istituzionali, i Direttori Generali provvedono alla costituzione ed attivazione di una società avente le caratteristiche indicate dal presente documento ed all'attivazione della stessa società mediante nomina degli organismi previsti e definizione della organizzazione e della struttura amministrativa interna.

Le società già costituite adeguano i propri statuti e conformano le proprie gestioni a quanto previsto dal presente documento.

Atteso che trattasi di società strumentali delle Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale e tenuto conto dei vincoli imposti dalla normativa con particolare riferimento al regime esclusivo di attività in favore del gli enti costituenti o partecipanti o affidanti nonché del divieto di svolgere prestazioni a favore di altri soggetti pubblici o privati, né in affidamento diretto né con gara, la realizzazione di un *"business plan"* non è condizione preclusiva alla costituzione della società ma risulta utile elemento di valutazione economico – finanziaria da parte del Direttore Generale dell'Azienda o Ente del S.S.R. con riferimento alle attività e servizi da affidarsi.

2) Affidamento dei servizi e delle attività

Tenendo conto delle diversità riscontrate nell'assetto e configurazione dei servizi oggi affidati a terzi fornitori da parte delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero – Universitarie o degli IRCCS pubblici, i Direttori Generali provvedono alla progressiva riorganizzazione delle attività e servizi strumentali all'espletamento delle attività istituzionali mediante affidamento degli stessi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dal presente documenti, alla società costituita presso ciascuna Azienda o Istituto.

L'affidamento deve avvenire previo regolare espletamento delle procedure di cessazione dei precedenti affidamenti e previa consultazione delle rappresentanze sindacali rappresentative a livello territoriale.

In via prioritaria, i Direttori Generali dovranno procedere alla riorganizzazione mediante affidamento alla società "in house" costituita, delle seguenti attività e servizi:

a) attività di supporto ed integrazione dei servizi sanitari di emergenza urgenza resi dall'Azienda sanitaria, ivi comprese le attività di soccorso e trasporto dei pazienti da e presso qualsiasi struttura sanitaria;

b) attività socio sanitarie, assistenziali e rieducative strettamente funzionali all'erogazione di servizi della riabilitazione;

c) attività di ausilio a supporto dei servizi e delle prestazioni resi dall'Azienda sanitaria e dalle altre strutture sanitarie aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali tipiche.

In materia di affidamento diretto, la sentenza n. 591 del 3 febbraio 2009 del Consiglio di Stato – Sez. V – ha chiarito, con riguardo al metodo del c.d. *in house providing*, che *"ai fini della legittimità dell'affidamento diretto e senza gara ..., il presupposto della proprietà pubblica della totalità del capitale sociale, oltre a dover sussistere nel momento genetico del rapporto, deve anche sussistere per tutta la durata del rapporto e deve quindi essere garantito da appositi e stabili strumenti giuridici, quali il divieto di cedibilità delle quote posto ad opera dello statuto. E' illegittimo pertanto l' affidamento diretto di un servizio pubblico ad una società, nel caso in cui lo statuto di quest'ultima non garantisca in via certa e permanente l'incedibilità a privati delle azioni"*.

Alla luce della giurisprudenza citata il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria o dell'Istituto interessato avrà sempre cura di verificare che le norme dello statuto della società consentano di rispettare i suddetti requisiti di legittimità.

L'affidamento diretto di servizi da parte dell'Azienda Sanitaria Locale, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria o dell'IRCCS pubblico in favore della Società "in house" deve avvenire ai sensi dell'art. 13 della legge 4 agosto 2006, n. 248 mediante idoneo atto nel quale siano indicati tutti gli elementi delle attività da espletarsi tra cui: le modalità tecnico – organizzative, i livelli di servizio da assicurare, il personale da impiegare, le modalità di coordinamento e raccordo delle attività affidate con gli atti organizzativi e di programmazione dell'Azienda Sanitaria o Ente, ecc.. .

3) Reclutamento del personale e vincoli normativi

L'art. 19, comma 1, del Decreto Legge n.78/09, così come modificato dalla Legge n.102/09, ha integrato l'art. 18 del Decreto Legge n.112/08, che ha introdotto vincoli, alle Società partecipate, in materia di assunzioni di personale, utilizzando però una dizione che si presta a interpretazioni contrastanti.

La novellata norma prevede che le Società, partecipate interamente o controllate dagli Enti Locali, affidatarie dirette di servizi pubblici locali senza gara (così dette "in house providing") o che gestiscono servizi strumentali *"inserite nel conto economico consolidato della P.A., come individuate dall'Istat, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 della Legge n. 311/04"*, siano vincolate al rispetto delle norme in materia di riduzione della spesa di personale proprie degli Enti partecipanti.

Inoltre, sempre *"le predette società"*, dovranno adeguare le proprie politiche di personale alle disposizioni vigenti per le Amministrazioni controllanti in materia di contenimento degli oneri contrattuali, delle altre voci di natura retributiva o indennitaria e per le consulenze.

Atteso che il nuovo quadro normativo venutosi a delineare con le modifiche introdotte dalla Legge n.102/09 che ha introdotto l'inciso che richiama *"il conto economico consolidato della P.A"* si presta a dubbi interpretativi (in quanto, ed esempio l'elenco dell'Istat non contiene – allo stato – alcun riferimento alle Società in house, costituite dagli Enti Locali per la gestione di servizi pubblici locali o strumentali), si ritiene plausibile, come autorevole dottrina ha sin qui interpretato tale disposizione, che l'integrazione all'art.18 operata con la Legge n.102/2009 non sembra possa dirsi riferito alle P.A., socie delle società "in house", delle Società strumentali o di quelle controllate dagli Enti Locali, in quanto il Legislatore, nel primo capoverso, richiama espressamente le Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del Dlgs. n. 165/01.

Restano, quindi, escluse (fino a diversa prova) le Società costituite dai Comuni, da altri Enti Locali e, quindi, dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliero – Universitarie o dagli IRCCS pubblici per la gestione dei servizi pubblici o strumentali, non inserite in tale elenco Istat.

In attesa dell'emanazione del previsto Decreto interministeriale che dovrebbe definire le modalità e la modulistica per l'applicazione a tali Società delle norme relative al Patto di stabilità, si ritiene opportuno che le società "in house" costituite dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliero – Universitarie o dagli IRCCS pubblici della Regione Puglia osservino i seguenti vincoli:

a. Assunzioni e procedure di reclutamento

L'assunzione di personale da parte delle società "in house" costituite dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliero – Universitarie o dagli IRCCS pubblici della Regione Puglia dovrà avvenire previa autorizzazione formale del Direttore Generale dell'Azienda o Istituto. La società strumentale dovrà presentare entro il 30 gennaio di ciascun anno congiuntamente al Direttore Generale dell'Azienda o Istituto alla Regione Puglia – Assessorato alle Politiche della Salute il piano annuale delle assunzioni con indicazione dei costi da sostenersi. Tale piano deve ricevere il parere obbligatorio vincolante da parte della Regione Puglia.

Le procedure di reclutamento e di assunzione effettuate dalla società "in house" devono rispettare le norme ed i vincoli applicabili alle Aziende o Istituti del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, le società interamente pubbliche di gestione dei servizi pubblici, dal 20 ottobre 2008, devono rispettare le procedure selettive concorsuali, proprie delle P.A., ex comma 3, dell'art. 35 del Dlgs. n. 165/01 e successive modifiche ed integrazioni. In ogni caso non possono più essere effettuate assunzioni "intuito persone", ma devono essere rispettati i principi di trasparenza, pubblicità e imparzialità.

Le procedure di reclutamento devono, inoltre, rispettare quanto previsto dall'art.25 della legge regionale n.25/2007 in tema di salvaguardia dei livelli occupazionali degli operatori addetti ai servizi oggetto di affidamento diretto da parte dall'Azienda Sanitaria o IRCCS pubblico in favore della società "in house".

Il piano delle assunzioni deve indicare sempre il dettaglio relativo al numero, alle qualifiche, alle professionalità, alle mansioni, alle categorie / livelli da reclutare nonché il tipo di servizi a cui le singole unità dovranno essere adibite, con riferimento ai servizi affidati dall'Azienda Sanitaria o IRCCS pubblico socio.

La società "in house" è tenuta, sotto propria responsabilità, alla verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla categoria, profilo e mansione da parte dei candidati da assumere.

La società "in house" è tenuta a fornire all'Azienda Sanitaria Locale, all'Azienda Ospedaliero – Universitaria o all'IRCCS pubblico socio ed alla Regione Puglia tutti i dati e le informazioni relative al personale, con modalità e cadenze da stabilirsi.

Le società "in house" devono approvare, quindi, atti interni che disciplinano le procedure di assunzione o comunque atti di organizzazione che contengano i criteri e i parametri conformi a quanto previsto dal presente documento, che devono essere seguiti in tutte le fasi di acquisizione di nuovo personale.

Deve essere assicurata la consultazione delle rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative a livello territoriale.

b. Consulenze

Le società "in house" sono tenute al rispetto delle norme applicabili alle Aziende o Istituti del Servizio sanitario nazionale in materia di consulenze e collaborazioni.

c. CCNL applicabile

Le società "in house", ove non diversamente stabilito, devono applicare al personale assunto il Contratto Collettivo Nazionale dei dipendenti delle strutture sanitarie private.

4) Requisiti dell'Amministratore unico della Società

Ai sensi dell'art. 32-bis della legge 24 dicembre 2007, n.244 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) non può essere nominato amministratore di ente, istituzione, azienda pubblica, società a totale o parziale capitale pubblico chi, avendo ricoperto nei cinque anni precedenti incarichi analoghi, abbia registrato, per tre esercizi consecutivi, un progressivo peggioramento dei conti per ragioni riferibili a non necessitate scelte gestionali.

In ragione del "controllo analogo" e della "destinazione prevalente dell'attività", la società *in house* non può ritenersi terzo rispetto all'amministrazione controllante ma deve considerarsi come uno dei servizi propri dell'amministrazione stessa *(cfr: Carmine Volpe, Consigliere di Stato, in tema di società in house - commento alla Sentenza della Corte di Giustizia, sez.II, 17 luglio 2008, causa C-371/05).*

Per tale ragione, deve essere nominato quale Amministrare unico un soggetto interno all'Amministrazione.

5) Costi di funzionamento degli organi delle società

Le disposizioni vigenti riconoscono agli Enti Locali soci la facoltà di revocare anticipatamente gli organi amministrativi, di controllo e gli organismi di vigilanza in carica delle società da questi partecipate, anche indirettamente, affidatarie di servizi pubblici o di attività strumentali, al fine di ridurre i costi di funzionamento di organi sociali. Tale facoltà potrà essere esercitata entro il 5 febbraio 2010 (6 mesi dall'entrata in vigore della Legge di conversione del Dl. n. 78/09).

A tal fine, potranno essere approvate delibere assembleari finalizzate alla riduzione del numero dei componenti o dei loro emolumenti. L'eventuale revoca così disposta integra gli estremi della giusta causa di cui all'art. 2383, comma 3, del Codice Civile e non comporta, pertanto, il diritto dei componenti revocati a ottenere alcun risarcimento.

6) Diritto di accesso agli atti prodotti o detenuti dalle Società

E' previsto che le norme sul diritto di accesso agli atti si applicano anche alle società con totale o prevalente capitale pubblico, limitatamente all'esercizio delle funzioni amministrative.

Le società dovranno rendere accessibili i propri atti, documenti, anche aventi rilevanza interna, che attengono ai servizi affidati, a coloro che dimostreranno di avere "un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale é chiesto l'accesso", ex art. 22, Legge n. 241/90.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2483

Cure Oncologiche. Protocollo di intesa tra le Regioni Meridionali. Adempimenti.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'ufficio n. 3 e confermato dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

L'Assessore alle Politiche della Salute della Regione Puglia con l'assistenza tecnica dell'A.Re.S ha promosso ed effettuato in data 04/09/2009 un incontro tra l'Assessore della Salute della Regione Basilicata, l'Assessore della Salute della Regione Calabria, l'Assessore della Salute della Regione Campania, l'Assessore della Salute della Regione Puglia e l'Assessore della Salute della Regione Sicilia.

Nel corso di tale incontro avente ad oggetto la tematica delle cure oncologiche nelle regioni meridionali, è stato approvato un Protocollo d'intesa sull'"Equo Accesso a Cure Oncologiche Personalizzate e di Alta Qualità", orientato all'Oncologia.

Nelle Regioni su citate sono presenti, infatti, elementi di criticità comuni all'interno delle Reti Assistenziali Oncologiche relativi a elevato indice di mobilità intra ed extra regionale e disomogeneità dell'offerta dei servizi e delle tecnologie all'interno di ciascun territorio regionale, con ricadute economiche, stimabili in oltre un miliardo di euro, senza considerare i rilevanti costi sociali a carico delle comunità.

Con il Protocollo sottoscritto, le Regioni si impegnano a garantire ad ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità adeguate il massimo, in termini di diagnosi e di cura attualmente messo a disposizione dalle "Best Practice" in ognuna delle fasi che caratterizzano la malattia cancro secondo un modello di "continuous care" (prevenzione, diagnosi cura, riabilitazione, follow-up, cure palliative).

Al fine di dare attuazione rapida ai contenuti del Protocollo sottoscritto, è necessario assicurare un Coordinamento Tecnico - Scientifico (CTS) interregionale costituito da manager sanitari e amministrativi, orientato all'Oncologia composto da un massimo di tre componenti per ciascuna regione partecipante.

Il Comitato di cui innanzi (CTS) provvederà ad elaborare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della Rete dei Servizi Sanitari Regionali impegnati nell'erogazione di prestazioni di interesse oncologico e a definire un sistema integrato di servizi che coordini in maniera globale l'assistenza .oncologica dalla Prevenzione alle Cure Palliative al fine di garantire un equo accesso all'Alta Tecnologia e ai Farmaci Innovativi ad alto costo.

Lo stesso CTS dovrà individuare, proporre e trasferire alle Regioni un modello da condividere per quel che riguarda i vari "step" che compongono il processo di "continuous care" della malattia oncologica.

Da specificare che ai componenti di detto Coordinamento non spetta alcun compenso per cui la loro partecipazione agli incontri di lavoro deve intendersi a titolo totalmente gratuito.

La partnership tra le Regioni sostanziato dal Protocollo sottoscritto, consente alle stesse una maggiore incisività nei rapporti interistituzionali.

Per quanto sopra, si ritiene di sottoporre alla Giunta Regionale l'opportunità di:

- promuovere la partnership interregionale tra le Regioni Calabria, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia, in campo oncologico, secondo i principi espressi nel protocollo d'intesa allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato A);
- individuare i Componenti della Regione Puglia nell'ambito del Coordinamento Tecnico -Scientifico (CTS) interregionale;
- dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica per l'esecuzione degli adempimenti conseguenti al presente provvedimento.

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

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/01 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 di Ufficio
Vito Parisi

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente dell'Ufficio n. 3 e del Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
- A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare il protocollo d'intesa sottoscritto tra:

1. le Regioni Calabria, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia, in campo oncologico, secondo i principi espressi nello stesso, allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale (Allegato A);

2. di nominare Componenti della Regione Puglia nell'ambito del Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) interregionale i seguenti:
   a) Dott. Ettore ATTOLINI - Direttore Area Programmazione e Assistenza Ospedaliera dell'AREA Puglia;
   b) Prof. Fernando PRETE - Direttore U.O. Chirurgia Generale Universitaria "C. Righetti" Az. Ospedaliero Universitaria "Policlinico" Bari;
   c) Dott. Saverio CINIERI - Direttore U.O. Oncologia Medica Presidio Ospedaliero "Di Miccoli" di Barletta dell'ASL BAT;

3. di stabilire che il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica proceda a notificare il presente provvedimento alle regioni Calabria, Campania, Basilicata e Sicilia;

4. di stabilire che ai componenti di detto Coordinamento non spetta alcun compenso per cui la loro partecipazione agli incontri di lavoro deve intendersi a titolo totalmente gratuito;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia;

6. di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

Protocollo di Intesa

tra gli Assessori della Salute delle Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia su "Equo Accesso a Cure Oncologiche Personalizzate e di Alta Qualità"

Considerato:

- che la patologia oncologica rappresenta un problema di salute pubblica dal peso epidemiologico rilevante sia per incidenza che per prevalenza e mortalità;
- che è necessario garantire a ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità adeguate il massimo in termini di diagnosi e di cura attualmente messo a disposizione dalle *best practice* in ognuna delle fasi che caratterizzano la malattia cancro secondo un modello di *continuous care* (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, follow-up, cure palliative);
- che gli indicatori epidemiologici correlati al cancro hanno evidenziato nelle Regioni meridionali un'evoluzione meno favorevole che nel resto d'Italia nonostante la presenza di valide competenze professionali;
- che l'andamento epidemiologico sfavorevole è in parte riconducibile ad una disomogenea e carente organizzazione dell'assistenza sanitaria oncologica nel Sud d'Italia, responsabile anche di una iniqua e spesso ingiustificata migrazione sanitaria dal Sud verso il Nord, le cui ricadute economiche per le regioni meridionali sono stimabili in oltre un miliardo di euro, senza considerare i rilevanti costi sociali a carico delle comunità;

e preso atto:

- che si rende necessaria la costituzione di un Coordinamento Tecnico-Scientifico (CTS) di manager sanitari e amministrativi, orientato all'Oncologia che faccia proprie le attività già avviate tra le Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia nel corso dei Forum svoltisi a Napoli nel 2007 e 2008;
- che tale CTS provvederà ad elaborare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della Rete dei Servizi Sanitari Regionali impegnati nell' erogazione di prestazioni di interesse oncologico e a definire un sistema integrato di servizi che coordini in maniera globale l'assistenza oncologica dalla Prevenzione alle Cure Palliative al fine di garantire un equo accesso all'Alta Tecnologia e ai Farmaci Innovativi di alto costo;
- che il CTS dovrà individuare, proporre e trasferire alle Regioni un modello da condividere per quel che riguarda i vari step che compongono il processo di *continuous care* della malattia oncologica;

si conviene la stipula di un Protocollo di Intesa tra gli Assessori della Salute delle seguenti Regioni:

- Regione Basilicata;
- Regione Calabria;
- Regione Campania;
- Regione Puglia;
- Regione Sicilia;

per il quale le suddette Regioni si impegnano:

1. A costituire un coordinamento tecnico scientifico (CTS) di manager sanitari e amministrativi, orientato all'Oncologia composto da un massimo di tre componenti per ciascuna regione partecipante;
2. Ad adottare il modello organizzativo di *continuous care* della malattia oncologica che sarà elaborato dal CTS;
3. Ad implementare tale modello progettuale nel proprio territorio, garantendone la realizzazione in coerenza con i requisiti e gli standard previsti;
4. A richiedere congiuntamente specifici finanziamenti a sostegno delle attività progettuali del CTS, anche facendo ricorso ai bandi di ricerca sia in campo Nazionale che Europeo in materia (ad es. ricerca finalizzata ex art. 12/502 ed altri).

FIRME

Assessore della Salute della Regione Basilicata

Assessore della Salute della Regione Calabria

Assessore della Sanità della Regione Campania

Assessore alle Politiche della Salute della Regione Puglia

Assessore alla Sanità della Regione Sicilia

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2485

Malattie Rare - D.M. n. 279 del 18 maggio 2001 - Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 - Istituzione Centro di assistenza e ricerca sovraziendale - Costituzione Coordinamento regionale.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

In attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. b) del d.lgs 29 aprile 1998, n. 124, il Ministro della Sanità, con D.M. n. 279 del 18 maggio 2001, ha adottato il "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie".

Tra l'altro, per assicurare specifiche forme di tutela per i soggetti affetti da malattie rare è stata istituita (art. 2) la "Rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia". Detta rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni sulla base di "documentata esperienza in attività diagnostica o terapeutica specifica per le malattie o per i gruppi di malattie rare, nonché idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, ivi inclusi, per le malattie che lo richiedono, servizi per l'emergenza e per la diagnostica biochimica e genetico-molecolare".

In forza di tanto e sulla base di particolari criteri, la Regione Puglia, con deliberazione della Giunta regionale n. 2238 del 23.12.2003, integrata con D.G.R. n. 171 del 19.02.2008, ha approvato la "Rete regionale dei presidi per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapie delle malattie rare", individuare, contestualmente, i centri interregionali di riferimento.

I Centri interregionali di riferimento assicurano, ciascuno per il bacino territoriale di competenza, lo svolgimento delle seguenti funzioni (art. 2, c. 3, D.M. 279/01):

a) la gestione del Registro interregionale delle malattie rare, coordinata con i registri territoriali ed il Registro nazionale di cui all'articolo 3;
b) lo scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri interregionali e con gli organismi internazionali competenti;
c) il coordinamento dei presidi della Rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati;
d) la consulenza ed il supporto ai medici del Servizio sanitario nazionale in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento;
e) la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive;
f) l'informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci.

In ottemperanza alla disposizione del comma 4. del citato art. 2/D.M. 279/01, l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria) ha predisposto, in data 22.10.2004, le "Istruzioni Operative" con le quali sono stati delineati i percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle malattie rare.

Lo stesso D.M. n. 279/01, all'art. 3, "al fine di consentire la programmazione nazionale e regionale degli interventi volti alla tutela dei soggetti affetti da malattie rare e di attuare la sorveglianza delle stesse" ha previsto presso l'Istituto Superiore di Sanità il Registro nazionale delle malattie rare.

Per l'attivazione, invece, dei "Registri regionali ed interregionali", l'accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n. 103/CSR) sul "riconoscimento di Centri di coordinamento regionali e/o interregionali, di Presidi assistenziali sovraregionali per patologie a bassa prevalenza e sull'attivazione dei registri regionali ed interregionali delle malattie rare" -recepito dalla Giunta regionale con atto n. 588/08 - ha sancito che "laddove compatibile con l'assetto organizzativo regionale, sia favorito il riconoscimento di Centri di Coordinamento regionali e/o interregionali che garantiscano, ciascuno per il bacino territoriale di competenza, lo svolgimento delle seguenti funzioni previste dal decreto ministeriale n. 279/01:

a) la gestione del Registro regionale o interregionale delle malattie rare, coordinata con i registri territoriali ed il Registro nazionale;

b) lo scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri regionali o interregionali e con gli organismi internazionali competenti;
c) il coordinamento dei Presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati;
d) la consulenza e supporto ai medici del Servizio Sanitario Regionale in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento;
e) la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive;
f) l'informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci.

Lo stesso accordo Stato-Regioni ha sancito che i Centri di coordinamento regionali o interregionali svolgano i seguenti compiti:
- assicurare il collegamento funzionale con i singoli Presidi della rete per le malattie rare;
- raccogliere le richieste di medici e/o pazienti e smistare le richieste verso i Presidi della Rete;
- assicurare la presenza di un'autonoma struttura in grado di supportare l'attività di raccolta e smistamento di informazioni attraverso linee telefoniche dedicate, inserimento e ricerca in rete di notizie;
- assicurare la presenza di personale dedicato:
- assicurare la disponibilità di reti di comunicazione operative e operative attraverso lo sviluppo di adeguati collegamenti funzionali tra i servizi sociosanitari delle ASL ed i Presidi della Rete al fine di garantire la presa in carico dei pazienti e delle famiglie, la continuità delle cure e l'educazione sanitaria;
- costituire punto di riferimento privilegiato per le associazioni dei pazienti e dei loro familiari.

La Regione Puglia, al fine di attuare il Regolamento emanato dal ricordato D.M. n. 271/01 e di corrispondere a quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni, con la legge 19/10/08, n. 23 (Piano regionale della salute) ha ritenuto strategico istituire un Centro di coordinamento regionale in grado di assicurare il collegamento funzionale con ogni singolo presidio della rete, di raccogliere le richieste dei medici e dei pazienti per smistarle verso i Presidi, di rendere disponibili ed efficaci reti operative di comunicazione, di supportare l'attività di raccolta e di smistamento delle informazioni e l'inserimento in rete.

A fronte di tanto, si ritiene opportuno istituire in Puglia un Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare che attivi e svolga funzioni di collegamento in fatto di assistenza (ambulatoriale ed ospedaliera), di diagnosi prenatale (presa in carico della gestante, raccordo con ginecologi e con il laboratorio di genetica, da individuare successivamente con separato atto), di ricerca e di contact center (attività diurna e registrazione contatti).

Detto Centro sovraziendale sarà affiancato e sostenuto nei compiti e nelle funzioni innanzi riportati da un Coordinamento regionale delle malattie rare (CRMR) che rimane in carica per un periodo di tre anni, rinnovabili.

Nell'espletamento delle sue funzioni, il Coordinamento Regionale potrà avvalersi del Nuovo Sistema Informativo Regionale Sanitario e delle iniziative ad esso connesse nonché della collaborazione di altri Registri delle Malattie Rare, individuati fra quelli che hanno maturato una solida esperienza, mediante convenzioni da stabilire con appositi atti.

Il predetto Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare si ritiene che possa identificarsi con il Centro Interregionale di riferimento per la Teleangectasia Emorragica Ereditaria (HHT) (cfr. deliberazione G.R. n. 2238 del 23.12.2003) attualmente in carico alla U.O. di Geriatria dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari.

Al Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari è demandata l'organizzazione interna del predetto Centro nel rispetto dei compiti e delle funzioni rivenienti dalla vigente normativa, ovvero di quanto innanzi illustrato.

Si ritiene, inoltre, che il Coordinamento regionale delle malattie rare debba aver sede presso l'A.Re.S. e che debba essere composto, oltre che dal responsabile del Centro Sovraziendale, da un dirigente medico universitario, da un dirigente medico responsabile di centro di riferimento dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico"

di Bari, da un farmacista ospedaliero, da un medico pediatra di libera scelta, da un medico rappresentante degli IRCCS nonché dal dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute, dal Direttore dell'Area Programmazione e Assistenza Ospedaliera dell'A.Re.S.; dal Responsabile Interno di Progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale per le attività correlate alla gestione delle esigenze informative in materia di malattie rare e da un rappresentante designato dall' "UNIAMO" - Confederazione delle "Associazioni italiane malattie rare". Ad uno dei predetti componenti, nella seduta di insediamento, sarà assegnato, su indicazione dei partecipanti, il compito di coordinare, per un triennio, le relative attività.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari provvederà a sostenere le attività mirate del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale regionale attuando, tra l'altro, gli interventi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1 commi 34 e 34bis della Legge 662/96 cosi come approvati e disposti dalla Giunta regionale (cfr. D.G.R. n. 1222 del 13 luglio 2009), mentre il Coordinamento regionale, tramite l'A.Re.S., cui spetta il compito del supporto amministrativo, si avvarrà di precipui fondi assegnati dalla Giunta regionale nel contesto di appositi progetti obiettivo di rilevanza regionale ex art. 20 L.R. n. 28/01 di cui all'annuale Documento di Indirizzo Economico e Finanziario del Servizio sanitario regionale.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/01 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.

Dirigente di Ufficio
Vito Parisi

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

LA GIUNTA

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

- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile del procedimento e dal Dirigente del Servizio AOS;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di istituire, in attuazione della L.R. 19 settembre 2008, n. 23 (Piano regionale della salute), del D. M. n. 279/01 e delle direttive sancite nell'accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n. 103/CSR), già recepito con D.R.G. n. 588/08, il Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare con i compiti e le funzioni indicati nella parte narrativa che qui si intende integralmente riportata;

2. di demandare al Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari l'organizzazione interna del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare, nel rispetto dei compiti e delle funzioni rivenienti dalla vigente normativa ovvero di quanto in premessa illustrato;

3. di costituire, presso l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria) il Coordinamento Regionale per le Malattie Rare (CRMR) con il compito di affiancare e sostenere il Centro di cui al precedente punto 1.;

4. di nominare componenti del Coordinamento Regionale di cui al punto precedente e secondo le modalità organizzative di cui in narrativa, oltre al responsabile del Centro Sovraziendale, i seguenti esperti:
   - prof. Giancarlo Logroscino, professore associato di neurologia presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, dirigente medico responsabile dell'U.O. semplice di malattie neurodegenerative dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari;

- dott. Franco Papadia, direttore dell'U.O. complessa delle malattie metaboliche e diabetologia, centro di riferimento pediatrico, dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria "Policlinico" di Bari;
- dott. Michele Lattarulo, direttore U.O. complessa di farmacia ospedaliera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari; •
- dott.ssa Giuseppina Annicchiarico, medico pediatra di libera scelta presso ASL TA;
- dott. Leopoldo Zelante, direttore del Servizio di Genetica Medica dell'IRCCS "Casa Sollievo della sofferenza" di San Giovanni Rotondo (Fg);
- dott. Ettore Attolini, dirigente dell'Area Programmazione e Assistenza Ospedaliera dell'A.Re.S.,
- Silvia Papini, dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
- dott. Nehludoff Albano, responsabile interno di Progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale per le attività correlate alla gestione delle esigenze informative in materia di malattie rare;
- rappresentante designato dall'"UNIAMO" - Confederazione delle "Associazioni italiane malattie rare";

5. di stabilire che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari provveda a sostenere le attività mirate del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale regionale attuando, tra l'altro, gli interventi finalizzati al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ex art. 1 commi 34 e 34bis della Legge 662/96 così come approvati e disposti con deliberazione G. R. n. 1222 del 13 luglio 2009;

6. di affidare all'A.Re.S. il compito di supportare amministrativamente il Coordinamento regionale avvalendosi di precipui fondi assegnati nel contesto di appositi progetti obiettivo di rilevanza regionale ex art. 20 L.R. n. 28/01 di cui all'annuale Documento di Indirizzo Economico e Finanziario del Servizio sanitario regionale;

7. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. a) della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2486

Approvazione degli esiti della procedura di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia di cui alla delibera del Direttore Generale A.Re.S. n. 72 del 19 maggio 2009. Autorizzazione all'aggiudicazione definitiva.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dalla responsabile della P.O. "118" dell'Ufficio 4 e confermata dalla Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

In data 31.08.04 è stato stipulato tra Pfizer Italia s.r.l., Cardio On Line Europe s.r.l. e Regione Puglia un accordo finalizzato alla fornitura del servizio di telecardiologia sul territorio pugliese, con scadenza 20 settembre 2007;

Con l'accordo in parola, ha preso avvio in Puglia,, l'erogazione di prestazioni di telecardiologia, attraverso la trasmissione in tempo reale dei dati clinico-strumentali dal luogo soccorso alla Centrale Operativa del 118 , che hanno consentito, oltre al risparmio del ricovero ospedaliero nel 44% delle chiamate, anche una corretta e tempestiva diagnosi pre-ospedaliera nelle sindromi coronariche acute;

L'Assessorato alle Politiche della Salute, con delibera di Giunta n. 482 del 31.03.2008, valutata l'utilità e l'efficacia di tale servizio, non potendone consentire l'interruzione, visto che la Giunta Regionale con il DIEF 2007, tra i progetti obiettivo di rilevanza regionale, ha inserito un cofinanziamento del sistema di telemedicina-telecardiologia per un anno, a decorrere dall'1do.2007, con impegno di

euro 300.000,00 nel 2007 e 900.000,00 nel 2008, ha prorogato tale servizio con la Cardio On Line Europe S.r.l., alle stesse condizioni previste nell'accordo sottoscritto in data 19.11.2007 sostenendone per intero l'onere, sino all'affidamento dell'incarico alla ditta vincitrice della gara che consentirà l'assunzione diretta per l'Ente della gestione contrattuale del servizio di cui sopra. La Giunta Regionale, con la deliberazione su menzionata, ha affidato all'A.Re.S. il compito di predisporre idoneo bando di gara e successivo espletamento.

L'A.Re.S. Puglia, in seguito alla su citata delibera, ha predisposto un disciplinare tecnico per la gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di telecardiologia che ha sottoposto all'approvazione del Tavolo della Sanità Elettronica.

L'Agenzia Regionale con delibera n. 130 del 15 ottobre 2008, agli atti di questo ufficio, dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del TSE, ha avviato le procedure di gara e, una volta espletate le suddette procedure, con delibera n. 72 del 19 maggio 2009 ha preso atto della offerta economica pervenuta in relazione al lotto unico relativo alla procedura di cui sopra ed ha dichiarato la ditta Cardio On Line S.r.l. di Bari aggiudicataria in via provvisoria della procedura di gara medesima.

Successivamente l'A.Re.S ha trasmesso all'Assessore alla Politiche della Salute, con nota prot. n. 00001254 del 20 maggio 2009, il provvedimento n. 72 del 19 maggio 2009, in ottemperanza a quanto stabilito dal TSE Puglia nel corso della riunione del 29.09.08, al fine di ottenerne, attraverso un atto giuntale, l'approvazione necessaria per la stipula del contratto di affidamento.

Pertanto si propone l'approvazione degli esiti della procedura di gara per la progettazione, realizzazione manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia di cui alla delibera del Direttore Generale A.Re.S n. 72 del 19 maggio 2009, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'autorizzazione all'aggiudicazione definitiva.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 28/01 e successive modificazioni e integrazioni

La spesa derivante dal presente provvedimento, per l'anno in corso, quantizzata in euro 381.728,70, trova copertura finanziaria sul capitolo 711022 del Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2009 giusto impegno n. 318 del 26 ottobre 2009.

Il Dirigente del Servizio PATP
Dr. Fulvio Longo

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

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni in calce al presente provvedimento dalla responsabile della P.O. "118", dalla Dirigente di Ufficio, dal Dirigente del Servizio e dal Dirigente di Area;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per i motivi riportati in narrativa, di approvare gli esiti della procedura di gara per la progettazione, realizzazione manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia di cui alla delibera del Direttore Generale A.Re.S n. 72 del 19 maggio 2009, (allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Di autorizzare, pertanto, il Direttore Generale dell'A.Re.S all'aggiudicazione definitiva del servizio di telecardiologia alla ditta Cardio On Line S.r.l. di Bari;

Di notificare il presente provvedimento al Direttore Generale della Agenzia Regionale a cura del Servizio PATP;

Di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 6 lett. h della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

ALLEGATO A

REGIONE PUGLIA

Area Politiche per la promozione della Salute, delle persone e delle pari opportunità

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

Regione Puglia

ARES

Agenzia Regionale Sanitaria

Deliberazione del Direttore Generale

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 462 del 17.9.2001

N. 72 /2009 del Registro delle Deliberazioni

PROCEDURA APERTA PER LA PROGETTAZIONE, REALIZZAZIONE, MANUTENZIONE E GESTIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO DI SERVIZI DI TELECARDIOLOGIA - AGGIUDICAZIONE PROVVISORIA

L'anno 2009 giorno 18 del mese di luglio in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Sanitaria, il **Direttore Generale** Dott. Francesco BUX, con l'assistenza del **Segretario,** dott. Francesco Fabio PLANTAMURA sulla base dell'istruttoria espletata dall'ufficio competente e su proposta del Dirigente responsabile, che attesta la legittimità e conformità della proposta alla vigente normativa **adotta** il **provvedimento che segue:**

Premesso che:

- con delibera di Giunta Regionale 483 del 31 marzo 2008 è stato affidato all'ARES - Agenzia Sanitaria Regionale il compito di predisporre un bando di gara per l'affidamento del servizio di telecardiologia, attraverso il quale dovrà essere fornito supporto a tutta la rete mobile di emergenza sanitaria (servizio 118), nonché alle strutture di primo intervento attraverso la messa a disposizione di tecnologie idonee a trasmettere in tempo reale i tracciati elettrocardiografici;

- che questa Agenzia, pertanto, con delibera n. 130 del 15 ottobre 2008, ha indetto una procedura aperta, ai sensi dell'articolo 55 del D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, per la Progettazione, Realizzazione, Manutenzione e Gestione di un Sistema Integrato di servizi di Telecardiologia, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta ecenomicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 83 del medesimo decreto.

Precisato che

- in data 07 maggio 2009 la Commissione Tecnica preposta, nominata con provvedimento deliberativo n. 60 del 29 aprile 2009, ha provveduto ad effettuare la verifica della conformità tecnica dell'offerta ammessa, conformemente alle risultanze del relativo verbale allegato alla presente deliberazione.

Rilevato che:

- nella seduta pubblica del 18 maggio 2009 il presidente del seggio, dr. Giovanni Molinari, alla presenza di due testi, ha proceduto alla apertura del plico contenente la proposta economica della ditta concorrente ammessa alla fase di valutazione del prezzo, secondo quanto previsto dal disciplinare di gara conformemente a quanto risultante dal relativo verbale allegato alla presente deliberazione.

Ritenuto per tutto quanto innanzi:

- di prendere atto della offerta economica pervenuta in relazione al lotto unico relativo alla procedura di gara indetta da questa Agenzia regionale con delibera n. 130 del 15 ottobre 2008, ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 163/2006, per la progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia così come riportato dal verbale all'uopo redatto nella seduta pubblica del 18 maggio 2009, allegato alla presente deliberazione, i cui importi, vengono di seguito riportati:

DITTA	COSTO TOTALE INTERVENTO riferito a 36 mensilità (EURO)	PUNTI QUALITA'	PUNTI PREZZO	TOTALE PUNTI
Cardio On Line Europe S.r.l.	3.600.000,00	60,00	40,00	100,00

- di dichiarare, pertanto, per la motivazione di cui sopra, la ditta Cardio On Line Europe S.r.l. aggiudicataria in via provvisoria della procedura di gara medesima;
- di non richiedere alla ditta Cardio On Line Europe S.r.l. l'esibizione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici di partecipazione, ai sensi dell'art. 48, comma 2 del d.lgs. 163/2006, atteso che la ditta è già stata sottoposta a verifica, così come risultante dai verbali redatti in data 13 marzo 2009 e 06 aprile 2009 allegati alla deliberazione n. 58/2009;
- di inoltrare la richiesta del certificato del casellario giudiziale presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Bari riguardo a tutti gli amministratori indicati dalla suddetta ditta in sede di partecipazione alla presente procedura di gara;
- di avviare l'iter procedurale propedeutico per la stipula del contratto di affidamento del presente servizio, richiedendo al competente Ufficio il DURC della ditta provvisoriamente aggiudicataria, nonché la costituzione della cauzione definitiva e l'esibizione delle dichiarazioni, rese ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445/2000, previste dall'art. 6 del disciplinare da gara;
- di richiedere la certificazione attestante l' iscrizione alla competente sezione della Camera di Commercio per le attività inerenti il presente affidamento, con dicitura antimafia "nulla osta",
- di dover trasmettere il presente provvedimento deliberativo all'Assessore alle Politiche della Salute, in ottemperanza a quanto stabilito dal TSE Puglia nel corso della riunione del 29/09/2008, al fine di ottenerne l'approvazione necessaria per la stipula del contratto di affidamento.
- di comunicare l'aggiudicazione provvisoria a tutte le ditte partecipanti, in quanto interessate alla presente procedura.

Visto:

- la legge regionale n. 24 del 13 agosto 2001, istitutiva dell'ARES;
- il Decreto Legislativo n. 163 del 12 aprile 2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;
- la delibera di Giunta Regionale 483 del 31 marzo 2008;
- la delibera del Direttore Generale dell'Ares n. 130 del 15/10/2008.

D E L I B E R A

- di prendere atto della offerta economica pervenuta in relazione al lotto unico relativo alla procedura di gara indetta da questa Agenzia regionale con delibera n. 130 del 15 ottobre 2008, ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 163/2006, per la progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia così come riportato dal verbale all'uopo redatto nella seduta pubblica del 18 maggio 2009, allegato alla presente deliberazione, i cui importi, vengono di seguito riportati:

DITTA	COSTO TOTALE INTERVENTO riferito a 36 mensilità (EURO)	PUNTI QUALITA'	PUNTI PREZZO	TOTALE PUNTI
Cardio On Line Europe S.r.l.	3.600.000,00	60,00	40,00	100,00

- di dichiarare, pertanto, per la motivazione di cui sopra, la ditta Cardio On Line Europe S.r.l. aggiudicataria in via provvisoria della procedura di gara medesima;
- di non richiedere alla ditta Cardio On Line Europe S.r.l. l'esibizione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici di partecipazione, ai sensi dell'art. 48, comma 2 del d.lgs. 163/2006, atteso che la ditta è già stata sottoposta a verifica, così come risultante dai verbali redatti in data 13 marzo 2009 e 06 aprile 2009 allegati alla deliberazione n. 58/2009;
- di inoltrare la richiesta del certificato del casellario giudiziale presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Bari riguardo a tutti gli amministratori indicati dalla suddetta ditta in sede di partecipazione alla presente procedura di gara;
- di avviare l'iter procedurale propedeutico per la stipula del contratto di affidamento del presente servizio, richiedendo al competente Ufficio il DURC della ditta provvisoriamente aggiudicataria, nonché la costituzione della cauzione definitiva e l'esibizione delle dichiarazioni, rese ai sensi dell'art. 38 del d.p.r. 445/2000, previste dall'art. 6 del disciplinare da gara;
- di richiedere la certificazione attestante l' iscrizione alla competente sezione della Camera di Commercio per le attività inerenti il presente affidamento, con dicitura antimafia "nulla osta";
- di dover trasmettere il presente provvedimento deliberativo all'Assessore alle Politiche della Salute, in ottemperanza a quanto stabilito dal TSE Puglia nel corso della riunione del 29/09/2008, al fine di ottenerne l'approvazione necessaria per la stipula del contratto di affidamento;
- di comunicare l'aggiudicazione provvisoria a tutte le ditte partecipanti, in quanto interessate alla presente procedura.

Il presente provvedimento non essendo soggetto al controllo preventivo ex Legge Regionale n. 24/2001, è esecutivo ai sensi di legge.

Il Segretario
Dott. Francesco Fabio Plantamura

Il Direttore Generale
Dott. Francesco BUX

Il Dirigente proponente Dott. Giovanni Molinari

Il presente provvedimento è stato trasmesso al Collegio dei Revisori il 21/05/09

IL SEGRETARIO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

N. 72/2009

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo Pretorio dell' ARES Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia.

dal 21/05/09 e per giorni quindici.

Bari, lì 11 luglio 2009

IL SEGRETARIO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2488

Nuovo Assetto del Servizio Emergenza Urgenza "118".

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dalla responsabile della P.O. "118" dell'Ufficio 3 e confermata dal Dirigente f.f. dello stesso Ufficio e dalla Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale, allo stato vigente, è stato sottoscritto, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dalla S.I.S.A.C. e dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, in data 23 marzo 2005, così come innovato dall'Accordo Collettivo Nazionale 2009.

Il precitato Accordo Nazionale all'art. 24 ha previsto l'istituzione, in ciascuna Regione, del Comitato Permanente Regionale, composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22, con il compito, fra l'altro, di definire gli accordi integrativi regionali.

Con la D.G.R. nr. 936, del 28 giugno 2005, è stato istituito il Comitato Permanente Regionale, composto per la parte sindacale da: FIMMG, Federazione Medici, Intesa Sindacale e CGIL e, per la parte pubblica, Ball' Assessore Regionale alle Politiche della Salute, dal Dirigente del Servizio Programmazione ATP, dal Dirigente del Servizio PGS, dal Dirigente del Servizio AOS, dal Dirigente dell'AReS, dal Dirigente dell'ufficio 3 del Servizio Programmazione ATP, dal Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari, dal Commissario Straordinario della Azienda Sanitaria Provinciale di Lecce e dal Segretario del Comitato.

Con l'approvazione delle leggi regionali 25 e 26 del 2006, la Regione Puglia ha avviato il processo di rimodulazione e riorganizzazione del Servizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale istituito con Delibere di Giunta Regionale n. 200/02 e n. 771/02.

A tal fine, il CRP ha calendarizzato una serie di tavoli tecnici e gruppi di lavoro, per la definizione e proposizione di un nuovo assetto del sistema di Emergenza Urgenza del 118, con le organizzazioni sindacali di categoria, i Responsabili delle Centrali Operative del 118, i referenti degli EE.LL., i Dirigenti e funzionari dell'Assessorato e dell'AReS;

I tavoli tecnici e i gruppi di lavoro hanno prodotto una proposta che tiene conto della necessità di organizzare un Servizio omogeneo su tutto il territorio regionale e che nel valorizzare le professionalità, utilizzi un modello organizzativo che coniughi l'efficienza del servizio con l'efficacia dell'intervento Sanitario.

Con la nuova organizzazione, l'intervento del 118 è garantito dall'auto medica e dall'ambulanza medicalizzata che si integrano con l'ambulanza dotata di personale infermieristico e i Punti di Primo Intervento territoriali.

Il territorio viene diviso in Aree in una logica che mira a sviluppare competenze e a promuovere un modello flessibile di lavoro. Con la individuazione del Referente di Area si rafforza la catena di responsabilità che fa capo al Responsabile della Centrale Operativa.

La riorganizzazione del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale non comporta alcun mutamento della pianta organica rispetto a quanto previsto nella DGR n. 1366 del 03.09.2004.

In data 26 gennaio 2009, il nuovo assetto organizzativo del Servizio di Emergenza Urgenza 118, è stato sottoscritto tra le Parti, pubblica e sindacale, così come indicato nell'Allegato i composto dal verbale del 26.01.2009 e dall'articolato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 28/01 e successive modificazioni e 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 ATP
Dr. Fulvio Longo

L'assessore relatore, sulla base delle risultanze

istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4, comma 4 lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni in calce al presente provvedimento dal responsabile della P.O., dalla Dirigente di Ufficio, dal Dirigente del Servizio e dal Dirigente di Area;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per i motivi riportati in narrativa, che qui si intendono integralmente trascritti, di approvare il nuovo assetto organizzativo del Servizio di Emergenza Urgenza 118, così come indicato nell'Allegato i composto dal verbale del 26.01.2009 e dall'articolato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. a cura del Servizio PATP;

Di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 6 lett. h della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

ALLEGATO 1

REGIONE PUGLIA

Area Politiche per la promozione della Salute, delle persone e delle pari opportunità

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

\Verbale riunione Comitato Regionale Permanente

Luogo: Assessorato alle Politiche della Salute	Viale Caduti di tutte le guerre, 7 Bari
Data 26 GENNAIO 2009	Ora inizio lavori: 13,OO
	Ora fine lavori: 19,10

PRESENZE	Ente / OO.SS.	firma
Assessore Sanità A. Tedesco	REGIONE	
Dir. di Settore ATP F. Longo	REGIONE	
Dir Sett. AOS S. Papini	REGIONE	
Dir. Sett. PGS L. Buonamico	REGIONE	
Dir. AReS V. Pomo	REGIONE	
Dir.te Reg. P.Leoci	REGIONE	
Comm. Prov. ASL R.Rollo	Ausl LE/2	
Dir. Sanitario G. Lonardelli	Ausl BA/5	
OO.SS.	CGIL	
OO.SS.	FEDER.NE MEDICI aderente UIL FPL	
	FEDER.NE MEDICI aderente UIL FPL	
OO.SS.	FIMMG	
OO.SS.	INTESA SINDACALE	
Ordine dei Medici	BARI	
CGIL		
CISL		
UIL		
Segretario M. Orsali	REGIONE	

Ordine del giorno: ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA 118

Il giorno 26/01/09 , regolarmente convocati , sono intervenuti per le OO. SS. :

per la Parte Pubblica :

Introduce i lavori il dr. Pomo che, dopo aver presentato il nuovo assetto organizzativo del servizio di emergenza- urgenza 118 , sottopone all'attenzione dei convenuti la connessa proposta economica .

La FIMMG, che ha partecipato alla riunione preparatoria della parte pubblica, esprime parere favorevole sul nuovo assetto del servizio 118

La CGIL dichiara di essere contraria alla proposta di parte pubblica atteso che l'assetto del nuovo sistema del 118 è stato discussa solo al tavolo del CRP e che la conseguente proposta economica è incongrua in quanto nn rispondente alla qualità del servizio; chiede, altresì, se il nuovo assetto dell'emergenza , così come proposto , è uguale o diverso da quello proclamato dalla Giunta Regionale al suo insediamento ; fa presente, da ultimo, che ad un sistema raffazzonato corrisponderebbe una eccessiva medicalizzazione.

La UIL in ragione dei precedenti incontri , conviene sulla parte organizzativa ma dissente su taluni punti della parte economica e chiede di rivedere : la reperibilità - l'assicurazione – la differenza sulle indennità di servizio – la indennità di servizio per le centrali operative. Per quanto attiene il residuo chiede che lo stesso venga attribuito a servizi.

La CISL, concorda sull'opportunità di rivedere il modello organizzativo e, pertanto chiede l'insediamento di un gruppo di lavoro e la calendarizzazione dei lavori.

L'Assessore dichiara che il nuovo assetto organizzativo , presentato dal dr, Pomo , è stato definito attraverso un lavoro che ha visto impegnate le strutture coinvolte nel servizio di emergenza: le OO.SS. e i Capi Centrale di ciascuna provincia . E quindi in questo percorso non è stata travalicata alcuna competenza e nessuna componente ai vari livelli. Tuttavia è possibile affinare il nuovo sistema.

La UIL ritiene che non ci sia un modello omogeneo su tutto il territorio .
Il dr. Pomo , al riguardo , fa presente che il modello organizzativo è omogeneo pur tenendo conto della domanda distinta per provincia e della questione orogeografica.

La CGIL condivide la distribuzione delle risorse sui 530 medici , ferma restando la necessità di ridiscutere l'assetto organizzativo e adottare idoneo regolamento operativo.

Il Tavolo concorda di utilizzare gli incentivi previsti riferiti ai 530 medici e eventualmente non utilizzati nell'anno in corso per la realizzazione di progetti da definirsi sul tavolo del CRP.

Tutte le OO.SS. , inoltre, concordano che vengano avviate le procedure per la rilevazione e la relativa copertura delle zone carenti .

La UIL , precisa che il fondo di che trattasi và distribuito ai medici in servizio nel 118.

comune	attuale			proposta				
	118 V	118 I	118 M	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
Margherita di S.			1		1			zona 1
Trinitapoli		1		1		1		
S. Ferdinando		1		1				
Barletta		1	1	2		1		
Trani			1	1		1		zona2
Bisceglie			1		1			
Andria			1	2		1		
Canosa			1		1			zona 3
Minervino			1		1			
Spinazzola			1		1			
TOTALE				7	5	4		
totale		3	8	8	4	4		

comune	attuale			proposta				
	118 V	118 I	118 M	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
Mola			1		1		1	zona 1
Castellana	1			1			1	
Conversano			1	1		1		
Monopoli			1	1		1		
Polignano			1	1			1	
Alberobello			1	1		1	1	zona 2
Locorotondo			1	1			1	
Noci			1	1				
Putignano			1		1			
Casamassima			1	1		1	1	zona 3
Gioia			1	1		1		
Turi			1	1				
Sammichele	1			1				
Adelfia	1			1				zona 4
Noicattaro				1		1		
Triggiano			1		1			
Bari-Japigia	1			1				
Bari-Carbon.			1	1		1		
Bari-p.zza Moro			1	1				zona 5
Bari-Tribunale			1	1		1		
Bari-Giov.XXIII			1	1		1		
Bari-Policl.	1			1				
Bari-CTO	1			1				
Palo	1			1				zona 6
Grumo			1		1			
Bitonto			1	1				
Modugno			1	1		1		
Palese	1			1				
Bari-S.Paolo			1		1			
Corato		1		1				zona 7
Ruvo			1	1		1		
Terlizzi		1		1				
Giovinazzo		1H12	1H12	1			1	
Molfetta		1H12	1H12	1		1		
Acquaviva			1		1			zona 8
Santeramo			1		1			
Altamura			1		1			
Gravina			1		1			
Poggiorsini	1			1				
totale	9	3	26	39	9	12	7	

comune	attuale				proposta				
	118 V	118 I	118 M		118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
Fasano			1		1		1		zona 1
Ostuni			1		1		1		
Carovigno	1				1				
S. Vito dei N.			1			1			
Speziale	1				1				
Ceglie M.			1			1			
Cisternino			1			1		1	
S. Pietro V.co			1			1			zona 2
Brindisi	1		2		2	1	1		
Francavilla			1		1		1		
Oria	1				1				
Latiano	1				1				
Torre S.S.	1					1			
Sandonaci	1				1				
Mesagne			1		1		1		
totale	7		10		11	6	5	1	

comune	attuale					proposta				
	118 V	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
VOLTURINO								1	1	zona 1
LUCERA			1				1			
CASALNUOVO MONTEROTARO	1					1				
MOTTA MONTECORVINO		1				1				
VOLTURARA APPULA	1					1				
ROSETO VALFORTORE			1			1				
CARLANTINO			1			1				
TROIA								1	1	zona 2
ORSARA DI PUGLIA		1				1				
CASTELLUCCIO VALMAGGIORE	1					1				
BOVINO		1				1				
ASCOLI SATRIANO		2						1	1	zona 3
ANZANO DI PUGLIA			1			1				
CANDELA		1				1				
ACCADIA	1					1				
ASCOLI SAN CARLO						1				
CERIGNOLA			1				1			zona 4
ORTA NOVA			1				1			
FOGGIA		4		1		4		1		zona 5
SAN SEVERO			1				1			zona 6
TORREMAGGIORE			1		1		1		1*	
SERRACAPRIOLA			1				1			
LESINA			1				1			
APRICENA		1				1				
SAN NICANDRO GARGANICO			1				1			zona 7
CAGNANO VARANO			1				1			
SAN MARCO IN LAMIS			1		1		1		1*	
VICO DEL GARGANO			1		1		1		1*	zona 8
RODI GARGANICO			1				1			
ISCHITELLA		1				1				
ISOLE TREMITI							1			
CARPINO		1				1				
VIESTE			1		1		1		1*	zona 9
PESCHICI			1				1			
MANFREDONIA			1				1			zona 10
MONTE SANT'ANGELO		1			1	1			1*	
MATTINATA		1					1			
ZAPPONETA			1				1			
SAN GIOVANNI ROTONDO			1						*	
TOTALE						20	18	4	3+5	

comune	attuale			proposta				
	118 V	118 I	118 M	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
CAMPI SAL.			1		1			zona 1
VEGLIE		1		1				
COPERTINO			1	1		1		
LECCE		3	2	4	1	2		zona 2
GALATINA			1	1		1		zona 3
MARTANO			1		1			
NARDO'			1		1			
MAGLIE			1		1		X	zona 4
SCORRANO			1	1		1		
POGGIARDO			1		1		X	
OTRANTO			1		1			
GALLIPOLI			1		1			zona 5
CASARANO		1	1	1	1	1		
UGENTO			1		1			
GAGLIANO D. C.			1	1		1	X	
				10	10	7		

comune	attuale			proposta *				
	118 V	118 I	118 M	118 I	118 M	automed.	P.P.I.	
castellaneta			1		1			zona 1
ginosa			1		1			
ginosa marina		1		1				
mottola			1		1			
laterza	1				1			
palagiano	1			1				
massafra			1	1		1		
taranto nord			1		1			zona 2
taranto centro			1	1		1		
taranto sud			1	1		1		
taranto porto	1			1				
taranto tamburi				1				
san giorgio ion.				1				
talsano					1			
martina franca			1		1			
crispiano	1				1			
grottaglie			1		1			zona 3
manduria			1		1			
pulsano			1		1			
torricella			1	1		1		
san marzano	1			1				
avetrana				1				
totale	5	1	12	11	11	4		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 2009, n. 2489

L.R. n. 40/07. Nuovi ambiti territoriali. Regolamento concernente modalità di scelta del nuovo ambito territoriale comunale per i medici dell'assistenza primaria. Adozione definitiva. Errata corrige.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria, espletata dal Responsabile del procedimento, confermata dal Dirigente dell'Ufficio n. 4 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

La Giunta Regionale con provvedimento n. 1102 del 23.06.09 all'oggetto: "L.R. nr. 40/07. Nuovi ambiti territoriali. Regolamento concernente modalità di scelta del nuovo ambito territoriale comunale per i medici dell'assistenza primaria. Adozione definitiva", ha adottato, in uno, il Regolamento concernente modalità di scelta dei nuovi ambiti territoriali per i medici dell'assistenza primaria) all. A), e i nuovi ambiti territoriali, così come deliberati dalle Aziende Sanitarie, all. B);

A seguito di rilettura dell'atto in parola, si è accertato che, per mero errore materiale, nell'allegato B) della DGR n. 1102/09 si rileva:

a) trai nuovi ambiti di scelta non appaiono i Comuni di Alessano (ex Distretto di Gagliano del Capo) e di Melissano (ex Distretto di Gallipoli), entrambi con cittadini residenti superiori a n. 5.000, insistenti sul territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Lecce;
b) per quanto attiene al territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Foggia, non è stata riportata la dicitura, in calce all'elenco dei comuni inferiori a 5.000 residenti, che gli stessi sono riconfermati negli "ambiti distrettuali" così come già individuati dall'art. 34 della Legge Regionale n. 14/1998.

Per quanto sopra, si propone alla Giunta Regionale l'adozione del presente atto con la conseguente pubblicazione della "errata corrige":

- sono compresi nell'apposito allegato B) della DGR 1102 del 26/06/09 i comuni di Alessano e Melissano, insistenti sul territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Lecce, in quanto comuni con cittadini residenti superiori a 5.000, e quindi da considerarsi nuovi ambiti di scelta;
- per quei Comuni, con un numero di cittadini residenti inferiori a 5.000, facenti capo all'area dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Foggia, gli stessi sono riconfermati negli ex ambiti distrettuali, così come già individuati con la L.R. n. 14/98.

Copertura Finanziaria ai sensi della L.R. n. 28/01 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 car o 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, co. 4, lett. a) della L.R. n. 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 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 dal Dirigente del Servizio;

- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

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

di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Puglia per la "errata corrige" della DGR n. 1102, così come segue:

1. "sono inseriti, quali "nuovi ambiti territoriali di scelta" per i medici di base, nell'alt. B) della DGR 1102/09, i comuni di Alessano e Melissano insistenti sul territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Lecce, in quanto comuni con cittadini residenti superiori a 5000"
2. "in calce all'elenco all. B) della DGR n. 1102/09, per quei Comuni con popolazione di cittadini residenti inferiore a 5.000, ed insistenti sul territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Foggia, deve intendersi che gli stessi sono ricompresi negli ex ambiti distrettuali così come individuati dall'art. 34 della L.R. n. 14/98."

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Avv. Loredana Capone

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**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974
S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza