

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

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

Anno XLI

BARI, 28 APRILE 2010

N. 76



Sede Presidenza Giunta Regionale

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

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

Nella parte I sono pubblicati:

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

Nella parte II sono pubblicati:

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

INSERZIONI

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

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

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

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

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

ABBONAMENTI

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

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

Costo singola copia € 1,34.

Il Bollettino Ufficiale è in vendita presso:

Libreria Piazza - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;

Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 899

DGR n. 2019 del 27/10/2009 - Rete dialitica per l'assistenza ai nefropatici cronici. Precisioni.

Pag. 12336

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 901

DGR n. 1818 del 31 ottobre 2007 e DGR n. 1835 del 30 settembre 2008. Piano Straordinario Asili Nido e Servizi per la Prima Infanzia. Approvazione Schema di Avviso pubblico per il sostegno ai servizi per la prima infanzia - Anno 2010.

Pag. 12337

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 908

Legge n. 40/2004, art. 18: Norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Finanziamento ministeriale 2008 - Iscrizione al bilancio.

Pag. 12345

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 909

Legge n. 91/1999, art. 10, 12, 16 e 17; disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti - Finanziamenti ministeriali - Iscrizione al bilancio.

Pag. 12346

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 910

Legge n. 40/2004, art. 18: Norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Finanziamento ministeriale 2007 - Iscrizione al bilancio.

Pag. 12347

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 912

L.R. n. 23/08 “Piano Regionale di Salute 2008-2010”. Istituzione “Rete Ematologia Pugliese” - Costituzione Coordinamento regionale.

Pag. 12349

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 914

Piano Regionale Screening 2007-2009. Approvazione. Attività del Centro regionale screening. Modifica ed integrazione della DGR n. 2374/2009. Riorganizzazione delle attività.

Pag. 12352

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 915

Art. 42 L.R. 28/01. Variazione in aumento al Bilancio di previsione anno 2010. Fondi Ministero Salute per “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia”.

Pag. 12364

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 916

Legge regionale n. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria”, art. 9. Piano di Salute 2008-2010”. Apertura h. 12 dei Centri di Salute Mentale.

Pag. 12365

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 917

Linee guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare.

Pag. 12371

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
25 marzo 2010, n. 918

DGR n. 2287 del 29/12/2007 - Progetti di Piano finanziati con risorse vincolate ex art. 34/34 bis della legge 662/96 - Modifica Scheda progettuale 1/A/806/07 “Casa della Salute”.

Pag. 12392

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
31 marzo 2010, n. 939

D.G.R. n. 2477/2009 - 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. Modifica ed integrazione.

Pag. 12394

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
31 marzo 2010, n. 940

Potenziamento del Progetto “Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia”. DGR n. 1223 del 13 luglio 2009. Affidamento procedure concorsuali all’ARES. Errata corrige.

Pag. 12396

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
31 marzo 2010, n. 941

Potenziamento del Progetto “Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia”. DGR n. 1223 del 13 luglio 2009. Affidamento procedure concorsuali IRCCS di Bari e Castellana Grotte. Errata corrige.

Pag. 12404

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 899

DGR n. 2019 del 27/10/2009 - Rete dialitica per l'assistenza ai nefropatici cronici. Precisazioni.

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

La Giunta Regionale con deliberazione n. 2019 del 27/10/2009 ha approvato la "Rete dialitica per l'assistenza ai neuropatici cronici per il triennio 20092011, per garantire una risposta adeguata al bisogno di terapia sostitutiva dell'insufficienza renale cronica terminale consentendo al paziente di poter contare su modalità differenziate di trattamento, nel rispetto della sua dignità di persona e della sua capacità di scelta.

In riferimento al paragrafo D) dell'allegato A, del provvedimento giuntale sopra riportato, occorre precisare che nella rete dialitica pubblica, devono intendersi ricomprese le strutture di dialisi afferenti alle Unità Operative di Nefrologia degli Enti equiparati (Enti Ecclesiastici IIRCCS privati) e delle Case di Cura private accreditate individuate dalla DGR n. 813/2006, concernente le preintese, per l'esercizio dell'attività di ricovero e cura per acuti nella disciplina di Nefrologia.

Si propone, pertanto, alla Giunta Regionale di chiarire tale aspetto nei sensi sopra rappresentati.

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

Il Dirigente dell'Ufficio
Vito Parisi

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

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

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- di precisare, in riferimento al paragrafo D) dell'allegato A, della DGR n. 2019 del 27/10/2009, che nella rete dialitica pubblica devono intendersi ricomprese le strutture di dialisi afferenti alle Unità Operative di Nefrologia degli Enti equiparati (Enti Ecclesiastici - IIRCCS privati) e delle Case di Cura private accreditate individuate dalla DGR n. 813/2006, concernente le preintese, per l'esercizio dell'attività di ricovero e cura per acuti nella disciplina di Nefrologia;
- di dare mandato al competente Ufficio del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica per gli adempimenti conseguenti l'adozione del presente provvedimento.
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 901

DGR n. 1818 del 31 ottobre 2007 e DGR n. 1835 del 30 settembre 2008. Piano Straordinario Asili Nido e Servizi per la Prima Infanzia. Approvazione Schema di Avviso pubblico per il sostegno ai servizi per la prima infanzia - Anno 2010.

Assente l'Assessore alla Solidarietà, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politica per le persone, famiglie e pari opportunità, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dalla Dirigente del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità, riferisce quanto segue l'Ass. Fiore:

PREMESSO che:

- la Giunta Regionale con la deliberazione n. 1818 del 31 ottobre 2007 nell'ambito del Piano di Azione "Famiglie al Futuro", strumento attuativo delle priorità individuate a sostegno delle famiglie, nell'ambito della normativa regionale vigente ed in coerenza con gli indirizzi nazionali, oggetto di intese in Conferenza StatoRegioni, ha approvato il Piano straordinario degli asili nido e servizi per la prima infanzia;
- il predetto Piano straordinario, attraverso l'integrazione di risorse comunitarie e nazionali, concorre al perseguimento degli obiettivi di servizio in quanto si pone l'obiettivo di incrementare i posti disponibili negli asili nido, a copertura della domanda complessiva, attualmente largamente insoddisfatta, perseguendo il target indicato dal Programma Operativo FESR 20072013 teso a soddisfare una domanda pari ad almeno il 9,1% dei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni e di almeno il 40% dei Comuni della Regione che attivino il servizio di asilo nido sul proprio territorio. In particolare, le azioni previste mirano a ridurre cospicuamente lo scarto esistente sul territorio regionale tra domanda e offerta di servizi socio educativi per la prima infanzia e a favorire l'equilibrio tra domanda e offerta di servizi per l'infanzia, fattore strategico di grande importanza per il governo dei bisogni espressi dal territorio e delle risposte attivabili attraverso le risorse stanziato. L'equilibrio tra domanda e offerta di servizi è il frutto di dinamiche com-

plesse quali la disponibilità sul territorio di servizi offerti da privati, sia attraverso strutture sia attraverso prestazioni a domicilio, la forte componente rappresentata sul mercato dal lavoro sommerso, la scarsa disponibilità di un reddito familiare idoneo a sopportare i costi dei servizi per uno o più figli e per periodi più o meno lunghi, la scarsa velocità dei cambiamenti culturali e delle abitudini radicate soprattutto nelle aree più periferiche del territorio regionale, in cui opera ancora la rete informale familiare che da sempre costituisce il naturale supporto alle donne occupate.

- con Deliberazione di G.R. n. 475 del 31/03/09 è stato approvato lo Schema di Avviso Pubblico per il sostegno ai servizi per la prima infanzia finalizzato al potenziamento degli interventi già in atto e delle strutture già operanti con particolare riferimento a quelle a titolarità pubblica comunale, a gestione diretta o in concessione a privati, e al tempo stesso offrire risposte diversificate in favore dei bisogni emergenti delle famiglie, a sostegno della natalità e della conciliazione vita - lavoro. In particolare, l'Avviso pubblico, pubblicato con d.d. n.288 del 30/04/2009, con una dotazione finanziaria euro 8.000.000,00 ha permesso di finanziare complessivamente n. 37 Comuni richiedenti secondo le linee di azioni previste nell'avviso:
 - con la LINEA di AZIONE "A": contributi ai Comuni per il sostegno alla gestione di asili nido comunali già operanti alla data di pubblicazione dell'Avviso pubblico (per un contributo massimo concedibile di euro 300.000,00 per Comune) sono stati finanziati n. 24 Comuni per n. 39 strutture;
 - con la LINEA di AZIONE "B": contributi ai Comuni per il sostegno a forme di convenzionamento con soggetti privati al fine di potenziare l'offerta pubblica di posti nido sul proprio territorio, sono stati finanziati n. 13 Comuni.

Rispetto alla dotazione iniziale di euro 8.000.000,00, sono state erogate euro 3.043.070,96, venendosi così a determinare un'economia di euro 4.956.929,04.

CONSIDERATA l'ampia risposta dei Comuni all'Avviso pubblico - Asse III, Linea di intervento

3.2 del PO FESR 200713 per l'infrastrutturazione sociale e sociosanitaria territoriale finalizzato alla realizzazione e all'adeguamento delle strutture e dei servizi per la prima infanzia, che consentirà a regime di avere circa 120 nuovi asili nido su tutto il territorio regionale;

**TUTTO CIO' PREMESSO
e CONSIDERATO:**

- con la presente Deliberazione si propone di approvare un nuovo schema di Avviso Pubblico rivolto ai Comuni, in attuazione al Piano straordinario degli asili nido e servizi per l'infanzia e anche al fine di sostenere la qualità della gestione degli asili nido realizzati, nonchè per rispondere maggiormente ai fabbisogni espressi dalle famiglie pugliesi. La dotazione finanziaria complessiva ammonta ad **euro 4.956.929,04** pari alle economie derivanti dal precedente avviso pubblico.

- Con il presente Avviso si prevedono 2 linee di azioni:

- **LINEA di AZIONE "A": euro 1.474.084,60** per contributi ai Comuni per il sostegno alla gestione di asili nido comunali già operanti alla data di pubblicazione del presente Avviso pubblico (per un contributo massimo di euro 80.000,00 ad asilo nido fino ad un massimo concedibile di euro 300.000,00 per Comune)

Tali risorse saranno impiegate per perseguire i seguenti obiettivi:

- a) aumentare il numero di posti nido disponibili (nel rispetto dei parametri e degli standard indicati nel regolamento Regionale n. 4/2007) anche con riferimento alla dimensione di Ambito territoriali (*intervento n. 1*);
- b) ampliare l'orario di apertura giornaliero della loro struttura prevedendo apertura anticipata e/o chiusura posticipata e/o il prolungamento dei giorni di apertura con l'inclusione del sabato (per almeno quattro ore) (*intervento n. 2*);
- c) migliorare la qualità del servizio, attraverso la realizzazione di servizi aggiuntivi tesi a sostenere lo sviluppo del servizio stesso (ad esempio: interventi di qualificazione del personale in servizio, programmi di utilizzo di

prodotti biologici per la mensa, interventi tesi al sostegno della conciliazione del tempo di lavoro e di cura per le famiglie, ecc.) (*intervento n. 3*).

Le risorse disponibili verranno ripartite tra i Comuni seguendo i seguenti criteri:

- a) il 50% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 1 (lettera a), con criterio proporzionale rispetto al numero di posti nido che si intende attivare;
- b) il 40% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 2 (lettera b), con criterio proporzionale rispetto al numero di posti nido che si intende attivare;
- c) il 10% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 3 (lettera c).

- **LINEA DI AZIONE "B": euro 3.482.844,44** per contributi ai Comuni per il sostegno a forme di convenzionamento soggetti privati al fine di potenziare l'offerta pubblica di posti nido sul proprio territorio;

I contributi regionali sono erogati ai Comuni pugliesi nei quali:

- a) siano già funzionanti asili nido comunali a gestione diretta e l'offerta di posti nido risulta inferiore alla domanda;
- b) siano già in corso convenzioni con privati per l'offerta del servizio asilo nido e l'offerta di posti nido risulta inferiore alla domanda;
- c) non è presente un servizio asilo nido e si intendono avviare le procedure per la concessione ai privati della gestione del servizio.

Le richieste di contributo dei Comuni saranno ammissibili a condizione che:

- il Comune richiedente il contributo si impegni a cofinanziare l'intervento con risorse proprie di bilancio pari ad almeno al 70% del contributo richiesto,
- la determinazione delle rette per il pagamento del servizio sia in ogni caso definita dall'ente pubblico.

Inoltre, per i Comuni nei quali il servizio risulta

gia attivo l'istanza di finanziamento è ammessa a condizione che:

- per il servizio asilo nido si sia effettivamente verificata una domanda di posti nido superiore all'offerta disponibile (liste di attesa);
- le strutture risultino autorizzate al funzionamento, ancorché in via provvisoria, ai sensi del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4 e successive modificazioni.

Criteri di concessione del contributo.

Il contributo verrà attribuito secondo i seguenti criteri:

- proporzionalmente rispetto al numero di posti nido che si intende attivare
- proporzionalmente rispetto alla quota di cofinanziamento dell'intervento, con risorse proprie di bilancio

Per entrambe le Linee di Azione costituirà criterio di precedenza, indipendentemente dai criteri sopraelencati, non aver beneficiato degli analoghi contributi previsti nel precedente Avviso pubblicato con d.d. n.288 del 30/04/2009.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 16 novembre 2001 n. 28 e s.m.i:

L'onere derivante dal presente provvedimento per complessivi **euro 4.956.929,04** farà carico per:

euro 1.474.084,60 sul Capitolo 781065 del Bilancio regionale 2010- residui passivi 2005 - U.P.B. 5.1.1. risorse vincolate a parziale discarico dell'impegno assunto con atto dirigenziale n. 338/2005

euro 3.482.844,44 sul capitolo 781055 del Bilancio regionale 2010 -residui passivi 2009 U.P.B. 7.1.1 risorse vincolate, a discarico dell'impegno assunto con atto dirigenziale n. 288/2009

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

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

LA GIUNTA

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

DELIBERA

- Di prendere atto di quanto indicato in narrativa che qui si intende integralmente riportato;
- di approvare lo Schema di Avviso Pubblico per contributi al sostegno dei servizi per la prima infanzia, finalizzato al potenziamento degli interventi già in atto e delle strutture già operanti con particolare riferimento a quelle a titolarità pubblica comunale, a gestione diretta o in concessione a privati, come da Allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che le risorse destinate all'Avviso, di cui all'allegato A, pari complessivamente ad **euro 4.956.929,04** sono costituite per **euro 1.474.084,60** dalle risorse rivenienti dal Piano straordinario degli asili nido di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 31 ottobre 2007; per **euro 3.482.844,44** rivenienti dal Piano Straordinario per gli Asili Nido e i servizi per la prima infanzia di cui all'Intesa Stato Regioni del 14 febbraio 2008, le cui modalità di attuazione sono state definite con deliberazione di Giunta Regionale n. 1835 del 30 settembre 2008 ;
- di demandare alla Dirigente del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità la pubblicazione dei relativi avvisi e ogni altro adempimento attuativo;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e la pubblicazione sul sito istituzionale.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

ALLEGATO**SCHEMA**
AVVISO PUBBLICO PER IL SOSTEGNO AI SERVIZI PER LA
PRIMA INFANZIA

La Regione Puglia adotta il presente Avviso pubblico in coerenza ed attuazione dei seguenti disposti normativi:

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle donne degli uomini di Puglia"
- Legge regionale 21 marzo 2007, n. 7 "Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione vita-lavoro in Puglia"
- Regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4 Regolamento attuativo della Legge Regionale 10 luglio 2006, n.19 e s.m.i.
- D.G.R. 28 novembre 2006, n. 1801 "Istituzione della Prima dote per i nuovi nati per le famiglie con figli fino a 36 mesi."
- Intesa Ministero della Famiglia - Conferenza delle Regioni del 1° agosto 2007
- D.G.R. 29 dicembre 2004, n. 2100 "Programma regionale di interventi per le politiche familiari"
- D.G.R. 31 ottobre 2007, n. 1818 "Piano di azione per le famiglie Famiglie al futuro"
- D.G.R. 27 novembre 2007, n. 2036 "Intesa della Conferenza Unificata per i servizi socio-educativi per la Prima Infanzia di cui all'Art. 1 comma 1253 della legge 27 dicembre 2006 n. 296"
- D.G.R. 1835/2008 "Intesa della Conferenza Unificata per i servizi socio-educativi per la Prima Infanzia di cui all'Art. 1 comma 1253 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 del 26 settembre 2007. Adeguamento della programmazione regionale del finanziamento del Piano Straordinario Asili Nido e Servizi per la prima infanzia"

Art. 1 - Finalità

Il presente Avviso pubblico intende contribuire all'attivazione sul territorio regionale di iniziative volte favorire la creazione ed il potenziamento di una rete estesa, qualificata e differenziata di servizi socio-educativi integrati per la prima infanzia, al fine di promuovere e garantire il benessere e lo sviluppo dei bambini, il sostegno al ruolo educativo dei genitori e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Ciò anche in considerazione della crescente esigenza delle famiglie di poter fruire di idonei servizi di accoglienza all'infanzia, in grado di assicurare risposte educative efficaci e flessibili, fin dai primi mesi di vita dei bambini.

Il presente Avviso si pone dunque l'obiettivo di incrementare e qualificare i posti disponibili negli asili nido e negli altri servizi per la prima infanzia a copertura della domanda complessiva insoddisfatta, perseguendo il target indicato dal Programma Operativo FESR 2007-2013 teso a soddisfare almeno il 9,1% dei bambini di età compresa

tra 0 e 3 anni e contribuendo al raggiungimento degli Obiettivi di Servizio definiti nel contesto del QSN 2007-2013.

Art. 2 - Interventi ammissibili

Considerato che si ritiene opportuno potenziare gli interventi già in atto e le strutture già operanti, con particolare riferimento a quelle a titolarità pubblica comunale, a gestione diretta o in concessione a privati, e al tempo stesso offrire risposte diversificate in favore dei bisogni emergenti delle famiglie, a sostegno della natalità e della conciliazione vita-lavoro, il presente Avviso pubblico è destinato a finanziare le azioni di seguito elencate:

1. LINEA DI AZIONE "A": contributi ai Comuni per il sostegno alla gestione di asili nido comunali già operanti alla data di pubblicazione del presente Avviso pubblico;
2. LINEA DI AZIONE "B": contributi ai Comuni per il sostegno a forme di convenzionamento con soggetti privati al fine di potenziare l'offerta pubblica di posti nido sul proprio territorio;

LINEA DI AZIONE "A"

Con la linea di azione A si intende potenziare e qualificare il sistema pubblico di offerta di posti di asili nido già operante sul territorio regionale. A tal fine il presente Avviso Pubblico prevede la concessione di contributi economici alla gestione da destinare ai Comuni pugliesi titolari di asili nido, a gestione diretta.

Destinatari dei contributi

I contributi regionali sono erogati ai Comuni pugliesi nei quali siano già operativi e funzionanti asili nido comunali, a gestione diretta, autorizzati al funzionamento, ancorché in via provvisoria, ai sensi del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4 e successive modificazioni.

Dotazione finanziaria e contributo erogabile

Alla linea di azione verranno destinati € 1.474.084,60 rivenienti dal Piano straordinario degli asili nido di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1818 del 31 ottobre 2007. Il contributo concesso non può, in nessun caso, superare € 80.000,00 (euro ottantamila,00) per asilo nido. Nel caso di Comuni titolari di più asili nido, il contributo massimo concedibile non può essere complessivamente superiore a € 300.000,00 per Comune.

Criteri di concessione del contributo

Il contributo, nei limiti della disponibilità finanziaria della linea di azione, eventualmente integrata con le economie della linea d'azione B, verrà concesso per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) aumentare il numero di posti nido disponibili (nel rispetto dei parametri e degli standard indicati nel regolamento Regionale n. 4/2007) anche con riferimento alla dimensione di Ambito territoriali (*intervento n. 1*);

- b) ampliare l'orario di apertura giornaliero della loro struttura prevedendo apertura anticipata e/o chiusura posticipata e/o il prolungamento dei giorni di apertura con l'inclusione del sabato (per almeno quattro ore) (*intervento n. 2*);
- c) migliorare la qualità del servizio, attraverso la realizzazione di servizi aggiuntivi tesi a sostenere lo sviluppo del servizio stesso (ad esempio: interventi di qualificazione del personale in servizio, programmi di utilizzo di prodotti biologici per la mensa, interventi tesi al sostegno della conciliazione del tempo di lavoro e di cura per le famiglie, ecc.) (*intervento n. 3*).

Si specifica che gli interventi per i quali si richiede la concessione del contributo devono considerarsi aggiuntivi e non sostitutivi di quelli già previsti, pena l'inammissibilità dell'istanza di contributo.

Le risorse disponibili verranno ripartite tra i Comuni seguendo i seguenti criteri:

- a) il 50% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 1 (lettera a), con criterio proporzionale rispetto al numero di posti nido che si intende attivare;
- b) il 40% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 2 (lettera b), con criterio proporzionale rispetto al numero di posti nido che si intende attivare;
- c) il 10% delle risorse disponibili per i Comuni che si impegnano a perseguire gli obiettivi di cui all'intervento n. 3 (lettera c).

I Comuni che presenteranno programmi di attività su tutte e tre le tipologie d'intervento indicate parteciperanno al riparto delle relative risorse per ognuno dei criteri indicati.

Le eventuali economie che si dovessero registrare sulla presente linea d'azione potranno essere utilizzare quale ulteriore sostegno finanziario per la linea d'azione B del presente avviso Pubblico.

LINEA DI AZIONE "B"

Con questa linea di azione si intende potenziare e qualificare l'offerta di posti di asili nido sul territorio regionale, soprattutto per i Comuni nei quali la domanda di posti nido è maggiore dell'offerta di servizi esistente. A tal fine, il presente Avviso Pubblico prevede la concessione di contributi economici ai Comuni che intendano convenzionarsi con soggetti privati al fine di estendere l'offerta pubblica di posti nido sul proprio territorio.

Destinatari dei contributi

I contributi regionali sono erogati ai Comuni pugliesi nei quali:

- a) siano già funzionanti asili nido comunali a gestione diretta e l'offerta di posti nido risulta inferiore alla domanda;
- b) siano già in corso convenzioni con privati per l'offerta del servizio asilo nido e l'offerta di posti nido risulta inferiore alla domanda;
- c) non è presente un servizio asilo nido e si intendono avviare le procedure per la concessione ai privati della gestione del servizio.

Le richieste di contributo dei Comuni saranno ammissibili a condizione che

- il Comune richiedente il contributo si impegni a cofinanziare l'intervento con risorse proprie di bilancio pari ad almeno al 70% del contributo richiesto,

<i>esempio</i> contributo regionale richiesto € 50.000,00 cofinanziamento comunale minimo € 35.000,00 (70% del contributo regionale richiesto) costo complessivo dell'intervento € 85.000,00
--

- la determinazione delle rette per il pagamento del servizio sia in ogni caso definita dall'ente pubblico.

Inoltre, per i Comuni nei quali il servizio risulta già attivo l'istanza di finanziamento è ammessa a condizione che:

- per il servizio asilo nido si sia effettivamente verificata una domanda di posti nido superiore all'offerta disponibile (liste di attesa);
- le strutture risultino autorizzate al funzionamento, ancorché in via provvisoria, ai sensi del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4 e successive modificazioni.

Criteri di concessione del contributo.

Il contributo verrà attribuito secondo i seguenti criteri:

- proporzionalmente rispetto al numero di posti nido che si intende attivare
- proporzionalmente rispetto alla quota di cofinanziamento dell'intervento, con risorse proprie di bilancio

Dotazione finanziaria e contributo erogabile

Alla linea di azione verranno destinati € 3.482.844,44 rivenienti dal Piano Straordinario per gli Asili Nido e i servizi per la prima infanzia di cui all'Intesa Stato Regioni del 14 febbraio 2008, le cui modalità di attuazione sono state definite con deliberazione di Giunta Regionale n. 1835 del 30 settembre 2008. Il contributo regionale concedibile non può in ogni caso superare € 80.000,00 (euro ottantamila,00).

Le eventuali economie che si dovessero registrare sulla presente linea d'azione potranno essere utilizzare quale ulteriore sostegno finanziario per la linea d'azione A del presente avviso Pubblico.

Art. 3 - Procedure per la presentazione delle istanze da parte dei Comuni (linee A e B)

Le istanze di contributo relative alle linee di azione A e B devono essere inoltrate dai Comuni, tramite raccomandata A/R (in tal caso fa fede la data del timbro postale di invio), alla Regione Puglia - Assessorato alla Solidarietà - Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità- Via Caduti di tutte le guerre, 15 - 71026 Bari, entro e non oltre _____, corredate dalla seguente documentazione:

per la **linea di azione A =**

- un programma dettagliato di interventi che indichi chiaramente gli obiettivi ed espliciti le attività e gli interventi previsti per perseguimento degli stessi (si specifica altresì che il programma dovrà indicare esplicitamente se il Comune intende perseguire uno o più degli obiettivi indicati alle lettere a, b e c)
- gli estremi del provvedimento di autorizzazione del servizio;
- la platea dei potenziali beneficiari, con riferimento al numero di bambini residenti in età compresa 0 - 36 mesi
- la coerenza dell'intervento proposto con altri eventuali finanziamenti concessi ovvero richiesti all'amministrazione regionale.

Per la **linea di azione B =**

- attestazione del Sindaco del Comune sul numero di posti nido attivati nel corso dell'anno educativo 2009/2010 e il numero delle domande pervenute al momento dell'iscrizione (*solo per i Comuni nei quali è già attivo un servizio nido*);

- gli estremi del provvedimento di autorizzazione del servizio (*solo per i Comuni nei quali è già attivo un servizio nido*);
- copia del regolamento comunale relativo al Servizio Asilo Nido (*solo per i Comuni nei quali è già attivo un servizio nido*);
- copia del provvedimento comunale con il quale è stata definita la retta dovuta per il servizio con riferimento all'anno educativo 2009/2010 (*solo per i Comuni nei quali è già attivo un servizio nido*);
- un provvedimento della Giunta Comunale, da cui si evinca il numero di posti nido che si intende attivare e la quota di cofinanziamento comunale, con risorse proprie di bilancio, destinata all'intervento.

Art. 4 - Modalità di assegnazione ed erogazione dei contributi.

L'istruttoria delle istanze di contributo è affidata al Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità - Ufficio Politiche per la famiglia, le persone e le pari opportunità (Dirigente - Dott. Alessandro Cappuccio).

Con successivo provvedimento dirigenziale si procederà all'assegnazione e contestuale erogazione dei contributi. L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare verifiche sull'effettivo utilizzo dei contributi.

Si precisa infine che, qualora la dotazione finanziaria accantonata non risultasse sufficiente a soddisfare tutte le richieste pervenute, costituirà criterio di precedenza, indipendentemente dai criteri sopraelencati, non aver beneficiato degli analoghi contributi previsti nel precedente Avviso pubblicato con d.d. n.288 del 30/04/2009.

La Dirigente del Servizio
Dotr.ssa Antonella Bisceglia

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 908

Legge n. 40/2004, art. 18: Norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Finanziamento ministeriale 2008 - Iscrizione al bilancio.

L'Assessore alle Politiche della Salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile A. P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute ha comunicato l'assegnazione a favore di questa Regione di euro 376.313,00 per l'anno 2008 relativi al "*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*".

L'assegnazione della predetta somma è stata effettuata in esecuzione dell'art. 18 della Legge n. 40/2004 ed in base al riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di cui al D. M. 21 marzo 2008.

Il settore Ragioneria ha, formalmente, richiesto la regolarizzazione contabile del predetto finanziamento ministeriale di euro 376.313,00 (causale "*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*" -provvisorio di entrate n. 3117 del 18.11.2009 del Banco di Napoli) accreditato sul conto corrente 40/1 che la Regione Puglia intrattiene presso la Tesoreria Provinciale dello Stato.

Tenuto conto che la somma di euro 376.313,00 versata dal Ministero della salute è da ritenere nuova assegnazione vincolata a specifica attività, si rende necessario apportare, ai sensi dell'art. 11 della L. R. n. 35/09, la conseguente variazione in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento di ai capitoli 2035767 (Entrate) e n. 712067 (Spese) allocati, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Per effetto di quanto sopra si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2010 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

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

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per la iscrizione dell'entrata rinveniente dal finanziamento ministeriale pari ad euro 376.313,00 per il *Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*", ai sensi della L. R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 11 della L. R. n. 35/09, va disposta in aumento, nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, dei capitoli n. 2035767 per le entrate e n. 712067 per le spese da allocare, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile del procedimento, dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, le seguenti variazioni dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2010 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa ed assegnato alla Regione Puglia con accreditamento in favore del conto corrente 40/1 intrattenuto presso la Tesoreria provinciale dello Stato:

Parte I - ENTRATA**variazione in aumento**

capitolo n. 2035767 UPB 2.1.15 -F.S.N. parte corrente vincolata Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita ex art. 18 della L. 40/04

Competenza euro **376.313,00**
Cassa euro **376.313,00**

Parte II - SPESA**variazione in aumento**

capitolo n. 712067 -U.P.B. 5.6.1 - F.S.N. parte corrente vincolata Spese per favorire l'accesso alle tecniche di procreazione assistita

Competenza euro **376.313,00**
Cassa euro **376.313,00**

2. di pubblicare il presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7. della L. R. n. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 909

Legge n. 91/1999, art. 10, 12, 16 e 17; disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti - Finanziamenti ministeriali - Iscrizione al bilancio.

L'Assessore alle Politiche della Salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile A. P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute, in attuazione della legge 1 aprile 1999 n. 91 -*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, ha assegnato i relativi fondi per l'anno 2008. (capitolo ministeriale n. 4380).*

L'autorizzazione al pagamento è avvenuta con due distinti decreti dirigenziali: il primo in data 5 ottobre 2009 ed il secondo in data 11 novembre dello stesso anno 2009.

In particolare, per la Regione Puglia, i fondi sono stati accreditati nel modo seguente:

D. D. 5 ottobre 2009 in acconto:

1. euro **75.889,48** ex art. 10, comma 1 per *l'istituzione ed il funzionamento dei centri regionali ed interregionali per i trapianti*
2. euro **903,45** ex art. 12, comma 4, per *i trapianti ivi compreso lo svolgimento delle attività dei rispettivi coordinatori locali nonché per l'individuazione delle strutture idonee*
3. euro **44.268,86** ex art. 16, comma 3, per *l'individuazione delle strutture per i trapianti;*
4. euro **3.613,78** ex art. 17, comma 1, per *l'istituzione del sistema informativo dei trapianti nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale.*

Il finanziamento in acconto, ammonta ad **euro 124.675,57.**

D. D. 11 novembre 2009 a saldo:

1. euro **22.438,67** ex art. 10, comma 1 per *l'istituzione ed il funzionamento dei centri regionali ed interregionali per i trapianti*
2. euro **267,13** ex art. 12, comma 4, per *i trapianti ivi compreso lo svolgimento delle attività dei rispettivi coordinatori locali nonché per l'individuazione delle strutture idonee*
3. euro **13.089,21** ex art. 16, comma 3, per *l'individuazione delle strutture per i trapianti;*
4. euro **1.068,50** ex art. 17, comma 1, per *l'istituzione del sistema informativo dei trapianti nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale.*

Il finanziamento a saldo, ammonta ad **euro 36,863,51.**

Il totale del finanziamento per l'anno 2008, è pari, pertanto, ad **euro 161.539,08.**

Con note n. 20/P/23057 del 10 dicembre 2009, il settore Ragioneria ha richiesto la regolarizzazione contabile dei predetti fondi accreditati sul conto corrente 40/1 che la Regione Puglia intrattiene presso la Tesoreria Provinciale dello Stato sezione di Bari.

Tenuto conto che lo stanziamento totale in questione versato dal Ministero della salute è da ritenere assegnazione vincolata alle specifiche attività innanzi indicate, si rende necessario apportare, ai sensi dell'art. 11 della L. R. n. 35/09, la conseguente variazione in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento di **euro 161.539,08** ai capitoli 2035759 (Entrate) e n. 751070 (Spese) allocati, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Per effetto di quanto sopra si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2010 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

COPERTURA FINANZIARIA

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per la iscrizione in entrata riveniente dal finanziamento ministeriale pari ad euro **161.539,08**, ex Lege n. 91/1999, art. 10, 12, 16 e 17: *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*, ai sensi della L. R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 11 della L. R. n. 35/09, va disposta in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, dei capitoli n. 2035759 per le entrate e n. 751070 per le spese da allocare, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile del procedimento, dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, le seguenti variazioni dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2010 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa e versato alla Regione Puglia con accreditamento in favore del conto 40/1 intrattenuto presso la Tesoreria provinciale dello Stato:

Parte I Entrata - variazione in aumento capitolo n. 2035759 UPB 2.1.15

F.S.N. parte corrente vincolata - Assegnazioni statali per disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti ai sensi della L. n. 91/99.

Competenza	euro 161.539,08
Cassa	euro 161.539,08

PARTE II Spesa - variazione in aumento capitolo 751070 -U. P. B. 12.02.01

F.S.N. parte corrente vincolata - Spese per istituzione e funzionamento dei centri regionali ed interregionali per i trapianti

Competenza	euro 161.539,08
Cassa	euro 161.539,08

2. di pubblicare il presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7. della L.R. n. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 910

Legge n. 40/2004, art. 18: Norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Finanziamento ministeriale 2007 - Iscrizione al bilancio.

L'Assessore alle Politiche della Salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal

Responsabile A. P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute ha comunicato l'assegnazione a favore di questa Regione di euro 487.580,00 per l'anno 2007 relativi al "*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*"

L'assegnazione della predetta somma è stata eseguita, a seguito di Decreto Dirigenziale del 10 ottobre 2007, in esecuzione dell'art. 18 della Legge n. 40/2004 ed in base al riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di cui al D. M. 15 marzo 2007 (cfr. Gazzetta Ufficiale del 31 luglio 2007).

Il settore Ragioneria ha, formalmente, richiesto la regolarizzazione contabile del predetto finanziamento ministeriale di euro 487.580,00 (causale "*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*") accreditato provvisoriamente al capitolo 6153300 ("Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione") relativo all'accREDITAMENTO disposto dal Ministero della salute in favore del conto corrente 31601 che la Regione Puglia intrattiene presso la Tesoreria Provinciale dello Stato.

Tenuto conto che la somma di euro 487.580,00 versata dal Ministero della salute è da ritenere nuova assegnazione vincolata a specifica attività, si rende necessario apportare, ai sensi dell'art. 11 della L. R. n. 35/09, la conseguente variazione in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento ai capitoli 2035767 (Entrate) e n. 712067 (Spese) allocati, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese). Per effetto di quanto sopra si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2010 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

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

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per la iscrizione dell'entrata rinveniente dal finanziamento ministeriale pari ad euro 487.580,00 per il "*Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita*" ai sensi della L. R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 11 della L. R. n. 35/09, va disposta in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2010 della Regione Puglia, dei capitoli n. 2035767 per le entrate e n. 712067 per le spese da allocare, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile del procedimento, dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, le seguenti variazioni dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2010 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa ed assegnato alla Regione Puglia con accREDITAMENTO in favore del conto corrente 40/1 intrattenuto presso la Tesoreria provinciale dello Stato:

Parte I - ENTRATA

variazione in aumento

capitolo n. 2035767 UPB 2.1.15 -F.S.N. parte corrente vincolata Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita ex art. 18 della L. 40/04

Competenza	euro 487.580,00
Cassa	euro 487.580,00

Parte II - SPESA**variazione in aumento**

capitolo n. 712067 -U.P.B. 5.6.1 - F.S.N. parte corrente vincolata Spese per favorire l'accesso alle tecniche di procreazione assistita

Competenza euro 487.580,00

Cassa euro 487.580,00

2. di pubblicare il presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7. della L. R. n. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 912

L.R. n. 23/08 "Piano Regionale di Salute 2008-2010". Istituzione "Rete Ematologia Pugliese" - Costituzione Coordinamento regionale.

L'Assessore alle Politiche della Salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile A. P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

L'Accordo del 29 marzo 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, individuando gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, al punto 3 dell'allegato A "*La razionalizzazione della rete ospedaliera*", ha evidenziato la necessità di:

- a) promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- b) promuovere l'eccellenza in strutture di riferimento e la loro messa in rete con gli altri presidi esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici

La Regione Puglia, da parte sua, ha previsto nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 approvato

con la L.R. n. 23/08, l'istituzione di una **Rete Oncologica Pugliese (ROP)**, affidando, per il raggiungimento di ben definiti obiettivi, la gestione diagnostico-terapeutica del paziente ai **Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI)**, con compiti operativi che sostanzialmente definiscono l'organizzazione complessiva delle attività distribuite nell'ambito del territorio regionale.

La patologia ematologia, in particolare, è costituita da molte condizioni di carattere oncologico che, di là della correlata complessità dei bisogni, è caratterizzata da approcci innovativi messi a disposizione da una organizzazione delle attività sanitarie tali da permettere al paziente ematologico di non muoversi da solo nel percorso accidentato della sua malattia.

Alla luce di tanto, è necessario programmare la realizzazione di un'efficace ed efficiente integrazione attraverso una Rete Regionale, intesa come aggregazione funzionale ed integrata di unità operative e servizi ospedalieri e territoriali che operi nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale delle singole componenti, inseguendo, come peculiari obiettivi:

- il miglioramento dell'accesso alle unità operative e servizi della rete;
- la gestione coordinata delle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di oncologia, nelle forme più efficaci possibili;
- la presa in carico globale del paziente e del suo nucleo familiare, anche sotto il profilo del sostegno psicologico;
- lo sviluppo delle attività di audit clinico tra tutti gli operatori;
- la realizzazione di progetti comuni di ricerca e di formazione.

Da tempo, in Puglia, le Unità Operative Complesse Universitarie e Ospedaliere di Ematologia presso le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, gli Istituti pubblici e le strutture sanitarie private accreditate, svolgono attività di assistenza per le patologie ematologiche operando, di fatto, quale gruppo di patologia, seguendo modelli organizzativi improntati all'erogazione di prestazioni secondo vari livelli di assistenza e di offerta di servizi.

Tra gli interventi considerati prioritari dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 figurano quelli rela-

tivi alla costruzione, in un quadro di compatibilità economica, di un'organizzazione regionale "a rete" organica, dinamica, unitaria ed efficiente; alla distribuzione sul territorio regionale di una adeguata dotazione di strutture di eccellenza per meglio soddisfare i bisogni di cura della popolazione; alla promuovere di una politica di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera che ridimensioni il fenomeno della mobilità passiva extraregionale.

A fronte di tanto, si propone di formalizzare, in attuazione del "Piano regionale di salute 2008-2010" di cui alla L. R. n. 23/08, la "**Rete Ematologica Pugliese**" nel contesto e nel rispetto dei percorsi della più ampia "Rete Oncologica" di cui al paragrafo 3 (Nuovi Modelli Assistenziali) punto 3.1.2..

In primo luogo, la "rete" dovrà perseguire la realizzazione, con il supporto del Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia e del Responsabile Interno di Progetto del NSISR Puglia, di un modello unico di informatizzazione delle attività con l'obiettivo di:

- integrare un unico "network di patologia" (nel caso specifico, Emanetwork Puglia) la rete dei servizi (modello e strumento organizzativo) al fine di realizzare percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali condivisi;
- realizzare uno scambio efficace di informazioni e di riferimenti, tra Pazienti, Medici delle Cure Primarie e Strutture Ospedaliere, per la gestione delle condizioni di patologia ematologica consentendo, di fatto, la presa in carico globale del paziente, con integrazione tra ospedale e livelli di assistenza gestiti sul territorio;
- offrire e garantire diagnosi coerenti, migliore accessibilità alle cure per gli utenti, trattamenti di qualità ed efficacia rispetto ai risultati ottenuti negli ultimi anni nella cura delle emopatie indipendentemente dal luogo di residenza.

La "Rete" deve essere affiancata e sostenuta nei compiti e nelle funzioni innanzi riportati da un **Coordinamento regionale delle malattie ematologiche** (CRME), con sede presso l'A.Re.S., composto:

- dai Direttori pro tempore delle Strutture Complesse di Ematologia della Regione Puglia così di seguito individuati: dott.ssa Silvana Capalbo dell'A.O. "OO: RR." di Foggia; dott. Nicola

Cascavilla dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo; dott. Nicola Di Renzo dell'Ospedale "Vito Fazzi" della ASL/LE di Lecce; dott. Attilio Guarini dell'I.R.C.S. Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari; dott. Patrizio Mazza dell'Ospedale "SS: Annunziata" della ASL/TA di Taranto; dott. Vincenzo Pavone dell'Ospedale della Pia Fondazione "Panico" di Trifase; dott. Giovanni Quarta dell'Ospedale "Perrino" dell'ASL/BR di Brindisi; dott. Antonio Riezzo dell'Ospedale "San Nicola Pellegrino" della ASL BAT; prof.ssa Giordina Specchia dell'A. O. Consorziata Policlinico di Bari;

- 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 ematologia;
- dal dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute o suo delegato.

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.

A detto coordinamento devono essere affidati i seguenti compiti:

- attuazione elementi programmatici innanzi indicati a mezzo di lavoro condiviso su aspetti di comune interesse di carattere scientifico e organizzativo, per tutte le applicazioni ad esso correlate;
- definizione degli strumenti per una forte caratterizzazione e specificità degli impegni di assistenza delle Strutture di Ematologia rispetto al panorama della oncologia pugliese e, in generale, della assistenza sanitaria regionale;
- costruzione di un "network" organizzativo e professionale, in cui vengano raccolti e discussi le problematiche dell'Ematologia regionale, i dati rilevanti delle attività realizzate, le collaborazioni di carattere scientifico, l'uso efficiente delle risorse, i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, le appropriatezze, gli *outcomes* dei pazienti, i modelli clinico-organizzativi.

L'A.Re.S. provvederà a sostenere le attività mirate del **Coordinamento** per la cui attuazione 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) e per il raggiungimento degli obiettivi indicati nella parte narrativa che qui si intende integralmente riportata, la "Rete Ematologica Pugliese";
2. di demandare al Direttore generale del 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. il **Coordinamento regionale delle malattie ematologiche** (CRME) con i compiti e le funzioni indicati nella parte narrativa che qui si intende integralmente riportata;
4. di nominare componenti del **Coordinamento Regionale** di cui al punto precedente e secondo le modalità organizzative di cui in narrativa, i sigg.
 - dott.ssa Silvana Capalbo dell'A. O. "OO: RR." di Foggia;
 - dott. Nicola Cascavilla dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo;
 - dott. Nicola Di Renzo dell'Ospedale "Vito Fazzi" della ASL/LE di Lecce;
 - dott. Attilio Guarini dell'I.R.C.S. Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari;
 - dott. Patrizio Mazza dell'Ospedale "SS: Annunziata" della ASL/TA di Taranto;
 - dott. Vincenzo Pavone dell'Ospedale della Pia Fondazione "Panico" di Tricase;
 - dott. Giovanni Quarta dell'Ospedale "Peririno" dell'ASL/BR di Brindisi;
 - dott. Antonio Riezzo dell'Ospedale "San Nicola Pellegrino" della ASL BAT; prof.ssa Giorgina Specchia dell'A. O. Consorziale Policlinico di Bari;
 - dott. Ettore Attolini, dirigente dell'Area Programmazione e Assistenza Ospedaliera dell'A.Re.S.;
 - 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;
 - Silvia Papini, dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute o suo delegato.
5. di stabilire che l'A.Re.S. provveda a sostenere le attività mirate avvalendosi di precipui fondi assegnati nel contesto di appositi progetti obiet-

tivo 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;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. a) della L. R. n. 13/94;
- di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 914

Piano Regionale Screening 2007-2009. Approvazione. Attività del Centro regionale screening. Modifica ed integrazione della DGR n. 2374/2009. Riorganizzazione delle attività.

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

La Giunta Regionale, in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, ha approvato con DGR n. 824/2005 e s.m.i. il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009.

Il Piano Regionale di prevenzione approvato contempla, tra le sue linee di attività, l'esecuzione di Screening Oncologici suddivisi in:

- Programma di Screening Cervicale (cervico-vaginale), che prevede l'implementazione del Progetto regionale approvato dal Ministero della Salute integrato con un Progetto per il triade HPV - DNA;
- Programma di Screening Mammografico che conferma il Piano di Diagnosi Precoce, approvato dal Ministero della Salute, riservandolo alla popolazione femminile di età 40 -49 anni ed attua lo screening mammografico con chiamata attiva

delle donne ricomprese nella fascia di età 50 - 69 anni;

- Programma di Screening del Carcinoma del Colon Retto.

La realizzazione di tali programmi di screening è stata affidata alle Aziende Sanitarie Locali sulla base delle linee guida nazionali e degli indirizzi approvati dalla Regione Puglia con la richiamata DGR n.824/2005.

Già nel 2004 il legislatore, con l'art.2 bis della L. n. 138/2004 ha destinato risorse aggiuntive e promosso un intervento speciale per il triennio 2004-2006, per la diffusione degli screening del cancro del colon-retto, del cancro della mammella e del cervico-vaginale.

Per il perseguimento dell'intervento speciale di diffusione degli screening oncologici, l'art.1 della L.296/2006 (finanziaria 2007) riserva la concessione, da parte del Ministero della Salute, di finanziamenti finalizzati alle regioni meridionali ed insulari.

Con Decreto del Ministro della Salute datato 08.06.2008 è stato approvato il "Piano per lo Screening del cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto per il triennio 2007-2009".

Tale Piano ha definito modalità e criteri di realizzazione dei programmi per il superamento delle criticità nelle Regioni meridionali e insulari. Per accedere a queste risorse, Regioni e Province autonome hanno presentato dei progetti di superamento delle criticità e raggiungere gli obiettivi di qualità ed estensione previsti dal Piano.

Il Piano Screening della Regione Puglia per gli anni 2007-2009 ha ottenuto l'approvazione da parte del Dicastero con successiva erogazione dei fondi relativi alla prima annualità.

L'iter di erogazione dei fondi da parte del Ministero della Salute si è conclusa solo nel mese di dicembre 2009 con l'erogazione del 70% del finanziamento relativo all'anno 2007.

Sussistono, pertanto, le condizioni per procedere all'approvazione del "*Piano Regionale Screening del cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto per il triennio 2007-2009*" (All.1) che forma parte integrale e sostanziale della presente deliberazione.

Con DGR n. 2374 del 01.12.2009 si è provveduto alla istituzione del Centro Regionale Scree-

ning specificando che la struttura tecnico-amministrativa dello stesso *“possa essere incardinata, in un momento iniziale, presso l’Agenzia Regionale Sanitaria al fine di garantire l’immediata attivazione dello stesso Centro e la definizione dell’organico da adibire, salvaguardando le professionalità già esistenti”*.

Al fine di rendere coerente il modello organizzativo con il Piano qui sottoposto ad approvazione, si rende necessario modificare parzialmente quanto approvato nella DGR n.2374/2009 nel senso che l’Agenzia Regionale Sanitaria, al fine di dare avvio alle attività del Centro Regionale Screening, in accordo con la ASL BA, definirà le modalità operative del centro organizzativo screening ubicato presso la sede di Giovinazzo (Ba), garantendo l’organizzazione amministrativa, il funzionamento e il potenziamento del personale al fine di assicurare le attività per tutto il territorio regionale.

Il Centro Regionale, che assicurerà il coordinamento dei Centri Screening Aziendali presenti in ogni ASL, si avvarrà del supporto dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale, fondamentale per garantire non solo la qualità e completezza dei flussi informativi a fini epidemiologici, ma anche per assicurare la corretta gestione ed elaborazione dei dati per assicurare il monitoraggio periodico effettuato dall’Osservatorio Nazionale Screening per conto del Ministero della Salute.

Posto in evidenza che in data 16.2.2010 il Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia ha esaminato la situazione tecnico - amministrativa relativa ai sistemi informativi attualmente in uso a supporto delle attività di screening addivenendo alle seguenti determinazioni:

- le attività amministrative e contrattuali, ivi compresa la chiusura contrattuale, relative ai sistemi informativi dovranno afferire all’Ufficio 2 del Servizio PGS con il supporto degli Uffici del Servizio PATP;
- le attività di referenza tecnico -organizzativa deve essere resa coerente con il nuovo modello organizzativo definito dalla Giunta Regionale con DGR n.2374 del 1.12.2009 e, comunque, assicurando un coordinamento per gli aspetti informativi da parte del TSE Puglia e del RIP NSISR Puglia;
- necessità di avviare la fase di progettazione di un unico sistema informativo regionale nell’ambito

del progetto NSISR Puglia a supporto di tutte le attività e progetti di screening contemplati dal Piano della Prevenzione affidando ad Innova Puglia Spa le attività di progettazione, consulenza e monitoraggio nell’ambito delle attività contrattualizzate per il progetto N-SISR(come da punto 8c del deliberato).

Rilevato che tra le esigenze emerse a seguito della prima fase di organizzazione delle attività di screening vi è quella di una Cabina di Regia regionale che assicuri:

- il coordinamento istituzionale e scientifico dei programmi di screening;
- il monitoraggio dell’attuazione del Piano Regionale Screening;
- le linee di indirizzo operativo dei programmi di screening, con il supporto di associazioni, federazioni, sindacati di categoria;
- la gestione tecnico - organizzativa dei programmi di screening;
- le azioni utili ad uniformare e potenziare l’organizzazione delle attività di screening svolte dalle Aziende Sanitarie;
- la organizzazione -congiuntamente al Servizio regionale preposto -delle campagne di comunicazione e di sensibilizzazione rispetto ai programmi di prevenzione.

Si ritiene opportuno che detta Cabina, coordinata dal Servizio PATP, composta dal Servizio PATP, dall’Ares Puglia, dall’OER Puglia e dal RIP NSISR e potrà avvalersi dell’ausilio di esperti nelle diverse discipline che interessano i programmi di screening. (senza oneri a carico del bilancio regionale).

A modifica ed integrazione delle competenze assegnate dalla DGR n.2374/2009, il Centro Regionale Screening assicurerà per tutte le Aziende Sanitarie Locali della Regione Puglia, le seguenti attività e funzioni:

- a) gestione operativa delle attività organizzative e tecnico - amministrative dei programmi di screening sulla base degli indirizzi della Cabina di Regia;
- b) supporto alle attività di promozione di campagne di comunicazione sociale e sensibilizzazione della popolazione;
- c) reclutamento ed invito, presso il centro diagnostico di competenza, degli assistiti coinvolti negli screening;

- d) comunicazione all'interessato di "esito negativo" dell'esame eseguito;
- e) invito a presentarsi presso il centro diagnostico di II livello in caso di necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici;
- f) aggiornamento e verifica della base dati del sistema informativo regionale per le attività di screening e interazione con il Responsabile Interno di Progetto del NSISR con i fornitori dei sistemi informativi ai fini della risoluzione ;
- g) interazione con le società incaricate dei servizi di fornitura ed assistenza i produttori dei software regionali finalizzata alla correzione di errori e anomalie e alla implementazione delle modifiche operative in ragione della organizzazione dei servizi presso i centri periferici coinvolti;
- h) gestione delle agende per la chiamata allo screening;
- i) interazione con gli altri organismi regionali per le diverse materie attinenti alla gestione degli screening;
- j) supporto ed interazione alla Cabina di Regia regionale delle attività di Screening;
- k) linee di indirizzo tecnico-amministrativo dei programmi di screening, con il supporto delle associazioni, federazioni, sindacati di categoria;
- l) gestione e supporto tecnico -organizzativo delle iniziative regionali in materia di prevenzione, unitamente alle associazioni, federazioni, sindacati di categoria servizio di call center telefonico e di counseling alla popolazione.

Le Aziende Sanitarie Locali provvederanno a costituire un centro organizzativo screening aziendale che avrà le seguenti competenze:

- 1) interfaccia con il Centro Regionale Screening per l'attuazione dei programmi di prevenzione e per la tenuta ed aggiornamento delle agende screening;
- 2) organizzazione e gestione a livello locale dei percorsi di screening;
- 3) relazionamento con i centri diagnostici coinvolti nelle attività dei programmi di screening oncologici per la organizzazione delle agende screening (numero di esami, disponibilità, organizzazione);
- 4) servizio di counseling per la popolazione.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale, organo tecnico-scientifico dell'Assessorato alle Politiche della Salute, assicurerà:

- 1) le attività di studio ed analisi statistico-epidemiologica con particolare riferimento agli aspetti correlati ai programmi di screening ed al monitoraggio delle adesioni reali della popolazione interessata, delle attività dei Centri diagnostici dei diversi livelli coinvolti al fine di suggerire opportune azioni correttive finalizzate al raggiungimento degli indicatori quantitativi dei risultati stabiliti nel Piano Nazionale di Prevenzione e la copertura dell'intera popolazione interessata nei tempi previsti dai singoli piani;
- 2) supporto alla programmazione regionale in materia di piani di prevenzione e screening;
- 3) le attività necessarie per assolvere al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale Screening;
- 4) supporto specialistico per il corretto utilizzo dei sistemi informativi e la puntuale implementazione delle basi dati;
- 5) definizione delle procedure scientifiche standardizzate per l'attuazione degli screening oncologici;
- 6) predisposizione di relazioni periodiche sullo stato di avanzamento delle attività di cui ai programmi di screening.

Il Servizio Programmazione e Assistenza Territoriale e Prevenzione assicurerà l'interfaccia istituzionale con il Ministero della Salute, il funzionamento e il coordinamento della Cabina di Regia e gli atti amministrativi relativi alle attività di screening, l'attività negoziale con le rappresentanze dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) per le attività previste dai programmi di prevenzione, erogazione dei finanziamenti a seguito di predisposizione della pianificazione annuale.

“SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/01 SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI”

La spesa complessiva derivante dal presente provvedimento ammonta, per l'anno in corso, ad Euro 2.405.573,84 e grava sul bilancio di previsione dell'anno 2010 cap. 743000.

Il Dirigente del Servizio
Dott. Fulvio Longo

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta regionale ai sensi della L.R. 7/1997 e della L.R. n. 7/2004 "Statuto della Regione Puglia".

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

LA GIUNTA

- Udita e fatta propria la relazione e conseguente proposta dell'Assessore
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Territoriale e Prevenzione;

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 il "*Piano Regionale Screening del cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto per il triennio 2007-2009*" (All.1) che forma parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
2. di istituire la Cabina di Regia regionale Screening composta dal Servizio PATP, dall'Ares Puglia, dall'OER Puglia e dal RIP NSISR che potrà avvalersi dell'ausilio di esperti nelle diverse discipline che interessano i programmi di screening, senza oneri a carico del bilancio regionale;
3. di stabilire che la Cabina di Regia di cui al punto precedente assicurerà il coordinamento istituzionale e scientifico dei programmi di screening, il monitoraggio dell'attuazione del Piano Regionale Screening, le linee di indirizzo dei programmi di screening con il supporto delle associazioni, federazioni, sindacati di categoria, la gestione tecnico - organizzativa dei programmi di screening, le azioni utili ad uniformare e potenziare l'organizzazione delle attività di screening svolte dalle Aziende Sanitarie, la organizzazione -congiuntamente al Servizio regionale preposto -delle campagne di comunicazione e di sensibilizzazione rispetto ai programmi di prevenzione;
4. di stabilire, a modifica ed integrazione della DGR n.2374/2009, che il Centro Regionale Screening dovrà assicurare, tra l'altro, le attività e funzioni espresse in narrativa;
5. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali dovranno:
 - a. attuare gli interventi previsti dal Piano Regionale Screening approvato con il presente provvedimento;
 - b. costituire un centro organizzativo screening aziendale con le competenze espresse in narrativa nonché porre in essere il modello organizzativo previsto dal presente provvedimento;
 - c. conferire al Centro Regionale Screening le informazioni aziendali necessarie alla organizzazione delle attività affidate con il presente provvedimento;
6. di stabilire che il Servizio PATP, l'Ares Puglia, l'OER Puglia ed il TSE Puglia assicureranno le rispettive attività specificatamente indicate nella narrativa del presente provvedimento;
7. di approvare, a modifica parziale della DGR n. 2374/2009, le competenze del Centro Regionale Screening così come declinate in narrativa;
8. di stabilire, inoltre, che:
 - a) le attività amministrative e contrattuali, ivi compresa la chiusura contrattuale, relative ai sistemi informativi dovranno afferire all'Ufficio 2 del Servizio PGS con il supporto degli Uffici del Servizio PATP;
 - b) le attività relative allo sviluppo e funzionamento dei sistemi informativi regionali a supporto delle attività di screening saranno

- assicurate dal RIP NSISR Puglia anche con riferimento alla chiusura tecnica degli attuali sistemi ed all'avvio del sistema informativo regionale screening in ambito NSISR Puglia;
- c) di incaricare InnovaPuglia Spa delle attività di progettazione, consulenza e monitoraggio nell'ambito delle attività contrattualizzate per il progetto N-SISR;
9. di stabilire che con determinazione dirigenziale del Servizio PATP da adottarsi entro 15 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento saranno nominativamente individuati i componenti della Cabina di Regia regionale;
- 10 di stabilire che la Cabina di Regia regionale predisporrà entro e non oltre 30 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento: il Piano Operativo Annuale delle attività di screening ivi comprese quelle del Centro Regionale Screening e definirà l'organizzazione delle attività della Cabina di Regia e del suo coordinamento;
11. di incaricare il Direttore Generale dell'Ares Puglia di provvedere alla sottoscrizione di apposita convenzione con l'ASL BA per l'utilizzo delle risorse logistiche, tecnologiche ed organizzative per l'operatività del Centro Regionale Screening e di provvedere agli adempimenti correlati ai rapporti di lavoro del personale attualmente addetto al centro screening dell'ASL BA;
12. di incaricare il Dirigente del Servizio PATP di provvedere con atti dirigenziali agli consequenziali derivanti dal presente provvedimento ivi compresa la ripartizione delle risorse finanziaria, tenendo conto dei costi necessari per le attività da svolgersi da parte della Cabina di Regia regionale e del Centro Regionale Screening;
13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



Regione Puglia

**Piano Regionale Screening
del cancro del seno,
della cervice uterina e del colon retto
Triennio 2007-2009**

1. Potenziamento dello *screening* del carcinoma mammario

Stato dell'arte

Nel 1999 il Ministero della Sanità aveva approvato, su proposta della Regione Puglia, il “Progetto per la Realizzazione di Provvedimenti per la Diagnosi Precoce del Carcinoma Mammario”, pianificato in attuazione delle raccomandazioni contenute nelle linee guida elaborate dalla Commissione Oncologica Nazionale.

A partire dal 2005, la Regione Puglia ha predisposto un potenziamento e consolidamento dei programmi di screening del carcinoma mammario, nell'ambito delle attività del Piano Regionale della Prevenzione approvato con D.G.R. n.824 del 28 giugno 2005.

Nell'ottica di potenziare le azioni già in corso, la Regione Puglia ha previsto di integrare il programma di prevenzione sullo screening, intervenendo su elementi metodologici finalizzati ad elevare gli indicatori di risultato ad oggi registrati, tendenzialmente verso quelli medi nazionali. Pertanto, è stato avviato un sistema di arruolamento della popolazione bersaglio (donne residenti in Puglia di età compresa tra 50 e 69 anni) per chiamata individuale diretta, a garanzia della massima adesione possibile al programma di screening. L'invito ad effettuare il test di screening ha cadenza biennale.

Le azioni di piano hanno previsto l'acquisizione e l'installazione presso le strutture erogatrici di attività di *screening* di un apposito *software* per la gestione delle attività di invito, sollecito e per la creazione di una *database* delle prestazioni erogate. È stata realizzato l'addestramento del personale delle strutture all'utilizzo del *software* gestionale.

In 4 aziende sono state ad oggi avviate le attività di screening e nel 2008 è state invitato il 48% della popolazione target; di queste donne, il 30% è stato sottoposto a screening (tabella 1); con riferimento a queste aziende è necessario sottolineare che le attività di *screening* non sono ad oggi avviate in tutti i distretti.

Tabella 1.

Sintesi delle attività di screening del carcinoma mammario, anno 2008

Donne residenti in Puglia nel 2008 nella fascia di età 50-69 anni	488311
Popolazione target*	191905
Donne invitate	92259
Proporzione donne invitate/popolazione target	48%
Donne sottoposte a screening	27805
Proporzione donne sottoposte a screening/donne invitate	30%

**la popolazione target è riferita al numero di donne residenti nei distretti delle aziende sanitarie locali in cui sono state avviate le attività di screening, pari a 383.811, da dividere per due in considerazione della periodicità biennale dell'esecuzione dello screening mammografico*

In 3 delle sei aziende sanitarie locali sono stati istituiti dei centri di coordinamento per le attività di chiamata attiva, gestione delle prenotazioni e dei solleciti.

Criticità

È necessario premettere all'analisi delle criticità una valutazione di *output*. Più del 50% delle donne pugliesi obiettivo del programma di *screening* mammografico ad oggi non sono oggetto di una chiamata attiva all'esecuzione delle attività di prevenzione secondaria del carcinoma mammario.

Questo dato di *output* è da ricondurre a diverse criticità, per lo più di tipo organizzativo.

In due aziende sanitarie l'attività di screening non è ad oggi avviata. Nelle aziende laddove l'attività di *screening* è stata avviata, la stessa non è garantita in tutti i distretti, pur estendendosi alla maggior parte degli ambiti territoriali e ad elevate proporzioni di donne residente.

Un ulteriore elemento da rilevare è la mancata strutturazione, in 2 delle 4 aziende sanitarie locali in cui è stato avviato lo *screening*, di un centro di responsabilità che curi la generazione degli inviti, l'attività di prenotazione, il riscontro delle donne che si presentano all'esame e la generazione dei solleciti. Questo determina una disomogeneità organizzativa dell'intero processo nell'ambito aziendale, con ricadute nella capillarità dell'erogazione dei servizi e nella capacità di reclutamento della popolazione obiettivo.

La attuale disomogeneità dell'offerta di *screening* ha imposto il rinvio di una campagna informativa di portata regionale, onde non indurre attese nella popolazione che non potessero trovare corrispondenza nella effettiva capacità di erogazione dei servizi da parte delle strutture sanitarie.

In ordine alle valutazioni di processo, è necessario sottolineare che il tempo medio di invio del referto a domicilio della donna screenati è pari a 30 giorni.

L'attuale sistema informativo non consente valutazioni di sensibilità e specificità del sistema *screening* in quanto non tutti i centri erogatori di prestazioni diagnostiche di secondo livello utilizzano correntemente *software* gestionali.

Interventi da adottare

- Costituzione dei centri di coordinamento aziendali delle attività di screening almeno nelle due aziende sanitarie locali che non hanno avviato lo screening e nelle due aziende che hanno avviato le attività in assenza di una struttura centrale di coordinamento.
- Avvio della campagna informativa regionale.

- Alimentazione puntuale della base dati del sistema informativo con particolare riferimento agli esiti delle attività diagnostiche di secondo livello da parte delle Unità Operative di Radiologia e Radiodiagnostica ad indirizzo senologico delle Aziende Sanitarie.

Risultati attesi

- Avvio dell'attività di screening nelle due aziende sanitarie che al momento non garantiscono attività di chiamata attiva
- Ampliamento della popolazione target dell'intervento dal 78% al 100%
- Aumento della proporzione di donne invitate/popolazione target dal 48% al 60%
- Aumento della proporzione di donne screenate/donne invitate dal 30% al 45%

2. Potenziamento dello screening del carcinoma della cervice uterina

Stato dell'arte

Le attività di *screening* della cervice uterina sono state avviate in Puglia nel 1999, con un programma sperimentale approvato con delibera della Giunta Regionale n.1509 del 19/11/99 nell'ambito di un progetto pilota di "*Screening* di popolazione dei tumori della sfera genitale femminile".

Il Comitato Regionale previsto nell'ambito del programma ha predisposto un piano attuativo e le Linee-Guida del programma di *screening* in funzione della popolazione bersaglio (donne di età 25-64 anni) di ciascuna ASL, approvati con DGR n.1391 del 5/10/2001.

A partire dal 2005, la Regione Puglia ha predisposto un piano di potenziamento e consolidamento dei programmi di screening del cervicocarcinoma, nell'ambito delle attività del Piano Regionale della Prevenzione approvato con D.G.R. 824 del 28 giugno 2005.

Il piano prevede la chiamata attiva della popolazione target con cadenza triennale. Gli inviti sono generati a partire dall'anagrafe degli assistibili attraverso un *software* applicativo dedicato allo screening. L'invito è effettuato per posta, con lettera personale, prevede un appuntamento ovvero il riferimento al centro di prelievo a cui rivolgersi, anche per modifica della prenotazione, e contiene una informativa sull'utilità dello screening. Nei casi *non responders* è previsto un primo sollecito telefonico dopo 2 mesi ed un secondo sollecito con ripetizione dell'invito, eseguiti dal Medico di Medicina Generale.

Nel 2008 le attività di chiamata attiva allo screening sono state effettuate in 5 delle 6 aziende sanitarie locali e è stata invitata il 29,8% della popolazione target; di queste donne, il 29% è stato sottoposto a screening (tabella 2); con riferimento a queste aziende è necessario sottolineare che le attività di *screening* non sono ad oggi avviate in tutti i distretti.

In 3 delle sei aziende sanitarie locali sono stati istituiti dei centri di coordinamento per le attività di chiamata attiva, gestione delle prenotazioni e dei solleciti.

Tabella 2.

Sintesi delle attività di screening del carcinoma della cervice uterina, anno 2008

Donne residenti in Puglia nel 2008 nella fascia di età 25-64 anni	1137312
Popolazione target*	354524
Donne invitate	105599
Proporzione donne invitate/popolazione target	29,8%
Donne sottoposte a screening	30911
Proporzione donne sottoposte a screening/donne invitate	29,3%

**la popolazione target è riferita al numero di donne residenti nei distretti delle aziende sanitarie locali in cui sono state avviate le attività di screening, pari a 1063574, da dividere per tre in considerazione della periodicità triennale dell'esecuzione dello screening della cervice*

Criticità

In un'azienda sanitaria l'attività di screening non è ad oggi avviata. Nelle aziende laddove l'attività di *screening* è stata avviata, la stessa non è garantita in tutti i distretti: questo determina un forte scollamento tra la popolazione target teorica e il numero delle donne invitate allo *screening*.

Un ulteriore elemento da rilevare è la mancata strutturazione, in 3 delle 5 aziende sanitarie locali in cui è stato avviato lo *screening*, di un centro di responsabilità che curi la generazione degli inviti, l'attività di prenotazione, il riscontro delle donne che si presentano all'esame e la generazione dei solleciti. Questo determina una disomogeneità organizzativa dell'intero processo nell'ambito aziendale, con ricadute nella capillarità dell'erogazione dei servizi e nella capacità di reclutamento della popolazione obiettivo.

La attuale disomogeneità dell'offerta di *screening* ha imposto il rinvio di una campagna informativa di portata regionale, onde non indurre attese nella popolazione che non potessero trovare corrispondenza nella effettiva capacità di erogazione dei servizi da parte delle strutture sanitarie.

In ordine alle valutazioni di processo, è necessario sottolineare che il tempo medio di invio del referto a domicilio della donna screenate è pari a 30 giorni, a causa della assenza di un sistema gestionale centralizzato delle strutture complesse di anatomia patologica.

L'attuale sistema informativo non consente valutazioni di sensibilità e specificità del sistema *screening* in quanto non tutti i centri erogatori di prestazioni diagnostiche di secondo livello sono dotate di *software* gestionali.

Interventi da adottare

- Costituzione dei centri di coordinamento aziendali delle attività di screening ed in particolare nell'azienda sanitaria locale che non ha avviato lo *screening* e nelle tre aziende che hanno avviato le attività in assenza di una struttura centrale di coordinamento;
- Avvio della campagna informativa regionale
- Uniformare i sistemi informativi dedicati alla gestione delle strutture di Anatomia Patologica e di Ginecologia delle Aziende Sanitarie al fine di assicurare la messa a disposizione puntuale delle informazioni relative agli esiti degli esami di primo e secondo livello diagnostico, anche al fine di valutazioni di qualità sul sistema
- Alimentazione puntuale della base dati del sistema informativo regionale

Risultati attesi

- Avvio dell'attività di screening nell'azienda sanitaria che al momento non garantisce attività di chiamata attiva
- Ampliamento della popolazione target dell'intervento dal 93% al 100%
- Aumento della proporzione di donne invitate/popolazione target dal 29,7% al 50%
- Aumento della proporzione di donne screenate/donne invitate dal 29% al 45%

3. Potenziamiento dello screening del carcinoma del colon retto

A partire dal 2005, la Regione Puglia ha predisposto un programma di screening del carcinoma del colon-retto, nell'ambito delle attività del Piano Regionale della Prevenzione approvato con D.G.R. 824 del 28 giugno 2005.

Il programma si compone di due sottoprogetti da realizzare su:

- a) soggetti a rischio moderato da sottoporre a Colonscopia Totale (CT) ovvero parenti di I grado di pazienti affetti da tumore del colon-retto, con rischio da 2 a 4 volte maggiore rispetto alla popolazione normale
- b) soggetti a rischio medio da sottoporre a ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) più eventuale CT (popolazione normale con età compresa fra 50 e 70 anni).

Ad oggi le attività relative al sottoprogetto "soggetti a rischio moderato" sono state avviate in via sperimentale in una azienda sanitaria locale, nell'ambito della quale è stato stimato un numero di casi prevalenti di tumore del colon retto pari a 863 nel 2008. In fase di pianificazione era stato stabilito che per ogni paziente affetto da carcinoma del colon-retto era possibile sensibilizzare 1,5 parenti di primo grado; pertanto il numero di soggetti da sottoporre a *screening* era di circa 1300. Nell'ambito della fase pilota dello studio sono state eseguite 500 colonscopie, con una copertura pari al 38% della popolazione target stimata.

Il secondo progetto ad oggi non è stato avviato, ma bisogna sottolineare che sono state di recente concluse tutte le procedure di fornitura del software di gestione e di acquisizione dei kit per l'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci.

Criticità

Il programma di *screening* del colon retto rappresenta l'ambito di attività del programma di *screening* oncologici ad oggi più problematico.

Le difficoltà connesse alla sua attuazione si ricollegano innanzitutto al fatto che si tratta di uno *screening* "nuovo" sia per la popolazione sia per gli operatori sanitari interessati alle attività di promozione, come i medici di medicina generale. Questa difficoltà è altresì acuita dall'assenza di una campagna di comunicazione regionale sull'argomento.

La mappatura dei centri erogatori delle colon-scopie inoltre evidenzia una sostanziale insufficienza produttiva delle strutture del sistema sanitario regionale rispetto alle esigenze della popolazione, qualora lo *screening* fosse avviato su scala generale.

Risulta inoltre opportuno favorire una centralizzazione delle procedure di invito, sollecito, prenotazione, attraverso la costituzione di apposite strutture di coordinamento aziendale.

Interventi da adottare

- Costituzione in tutte le aziende sanitarie dei centri aziendali di coordinamento delle attività di *screening*
- Avvio della campagna informativa regionale
- Potenziamento delle strutture erogatrici
- Formazione dei medici di medicina generale
- Alimentazione puntuale della base dati del sistema informativo con particolare riferimento agli esiti delle attività diagnostiche di primo e di secondo livello

Risultati attesi

- Avvio dell'attività di *screening* dei soggetti a rischio moderato e dei soggetti a rischio medio in tutte le aziende sanitarie locali
- Proporzioni di soggetti a rischio moderato invitati ad eseguire colonscopie pari almeno al 20%
- Proporzioni dei soggetti a rischio moderato invitati che eseguono colonscopie pari almeno al 20%
- Proporzioni dei soggetti a rischio medio invitati ad eseguire il SOF pari almeno al 10%
- Proporzioni dei soggetti a rischio medio invitati che eseguono il SOF pari almeno al 10%

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 915

Art. 42 L.R. 28/01. Variazione in aumento al Bilancio di previsione anno 2010. Fondi Ministero Salute per “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia”.

L’Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell’istruttoria espletata dalla P.O. dell’Ufficio 1 del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (P.A.T.P.) e confermata dal Dirigente dell’Ufficio e dal Dirigente del Servizio, riferisce quanto segue:

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell’art.8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, nella seduta del 20 dicembre 2007, n. 131, ha approvato il documento di Intesa: “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia”.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 245 del 26.02.2008 ad oggetto “Recepimento Atto d’Intesa Stato-Regioni. Seduta del 20.12.2007 “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia. Modifica del Calendario vaccinale regionale. Indicazioni alle AA.UU.SS.LL.”, la Regione Puglia in recepimento del citato Atto di Intesa ha predisposto, avvalendosi del supporto tecnico della Commissione regionale Vaccini, costituita giusta D.D. del Dirigente del Settore ATP dell’Assessorato alla Sanità, n. 164 del 26.05.2003 e s.m.i., il Piano regionale ad oggetto: “Indicazioni per l’offerta della vaccinazione anti HPV in Puglia.”.

Con nota prot.n. DGPREV.0010109-P-03/03/2010, il Ministero della Salute, ha comunicato che, con riferimento alla ripartizione del finanziamento anno 2008 destinato all’attuazione di una “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia”, di cui al citato Documento di Intesa, è stato emesso a favore della Regione Puglia, con provvedimento del 04.12.2009, l’ordine di pagare n. 17 per un importo di euro 916.268,39 (Novecentosedicimiladuecentosessantotto/39Euro), registrato in data 14.12.2009,

con versamento sul conto di Tesoreria intestato alla Regione Puglia.

Per quanto esposto in premessa si rende necessario apportare, ai sensi dell’Art. 42 della L.R. 28/01, le seguenti variazioni nello stato di previsione del Bilancio per l’Esercizio Finanziario 2010 della Regione Puglia:

A. PARTE I -ENTRATA U.P.B. 2.1.15

Variazione in aumento

- Cap. 2036778

Descrizione capitolo: **F.S.N. Parte corrente vincolata “Spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana”.**

Competenza: euro 916.268,39

Cassa: euro 916.268,39

B. PARTE II -SPESA U.P.B. 5.1.7

Variazione in aumento

- Cap. 711025

Descrizione capitolo: **Assegnazione delle somme alle AA.SS.LL. per la vaccinazione anti HPV.**

Competenza: euro 916.268,39

Cassa: euro 916.268,39

COPERTURA FINANZIARIA

La variazione al bilancio, oggetto del presente provvedimento, riviene dalla ripartizione del finanziamento del Ministero della Salute, anno 2008, destinato all’attuazione di una “Strategia per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia”, di cui al Documento di Intesa del 20 dicembre 2007, n. 131, con l’emissione a favore della Regione Puglia, con provvedimento del 04.12.2009, di ordine di pagare n. 17, registrato in data 14.12.2009, di un importo di euro 916.268,39 (Novecentosedicimiladuecentosessantotto/ 39 Euro), con versamento sul conto di Tesoreria intestato alla Regione Puglia. La variazione va disposta in Entrata mediante incremento del Cap. 2036778 “F.S.N. Parte corrente vincolata “Spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana” ed in Uscita mediante incremento del Cap. 711025 “Assegnazione delle somme alle AA.SS.LL. per la vaccinazione anti HPV”.

Il Dirigente del Servizio
Dr. Fulvio Longo

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile del Procedimento, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- di apportare, ai sensi dell'Art. 42 della L.R. 28/01, le seguenti variazioni nello stato di previsione del Bilancio per l'Esercizio Finanziario 2010 della Regione Puglia:

A. PARTE I -ENTRATA U.P.B. 2.1.15

Variazione in aumento

- Cap. 2036778

Descrizione capitolo: **F.S.N. Parte corrente vincolata "Spese per attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana"**.

Competenza: euro 916.268,39

Cassa: euro 916.268,39

B. PARTE II -SPESA U.P.B. 5.1.7

Variazione in aumento

- Cap. 711025

Descrizione capitolo: **Assegnazione delle somme alle AA.SS.LL. per la vaccinazione anti HPV.**

Competenza: euro 916.268,39

Cassa: euro 916.268,39

- di incaricare l'Area Programmazione e Finanze,

Servizio Bilancio e Ragioneria di porre in essere i conseguenti adempimenti contabili;

- di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42, comma 7, della L.R. n.28/2001, nonché di trasmettere copia al Consiglio Regionale ai sensi dell'art. 11, comma 2, L.R. n. 35/2009.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 916

Legge regionale n. 26/2006 "Interventi in materia sanitaria", art. 9. Piano di Salute 2008-2010". Apertura h. 12 dei Centri di Salute Mentale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Assistenza territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche, confermata dalla Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione, Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Il DPR 7/4/94 "Progetto-Obiettivo Tutela della salute mentale 1994-96", nell'ambito della rete dipartimentale dei Servizi per la salute mentale, attribuisce un ruolo centrale al Centro di Salute Mentale (CSM) riconoscendolo quale punto di coordinamento territoriale dell'attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, indicando, nel contempo, la necessità di apertura del CSM per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana ed elencandone funzioni e compiti.

La Legge Regionale n. 30/98 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36", nel confermare la centralità del ruolo del CSM nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, lo riferisce ad un bacino d'utenza da 75 mila a 120 mila abitanti, determinato in relazione alla concentrazione demografica del terri-

torio, e ne prevede l'allocazione in sede extraospedaliera e l'apertura per 12 ore al giorno per sei giorni la settimana, attribuendogli funzioni di assistenza medica, psicologica sociale, infermieristica ed educativa garantite attraverso attività ambulatoriali, domiciliari e territoriali.

Tanto viene confermato nel successivo DPR 10/11/99 "Progetto-Obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000". Le caratteristiche strutturali ed organizzative minime, ivi compresa l'apertura per 12 ore al giorno, vengono meglio definite nel DPR 14/1/97 su "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

A livello regionale, con il Regolamento n. 3/2005, si è provveduto ad integrare detti requisiti minimi ed a definire gli ulteriori requisiti di accreditamento, in relazione agli specifici bisogni del territorio ed alla normativa vigente.

La Legge Regionale n. 26/2006 "Interventi in materia sanitaria", all'articolo 9, ha ribadito l'obbligo per le ASL di adottare tutti gli interventi necessari alla completa realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, in ottemperanza alla Legge 30/98, nonché ha prescritto il potenziamento dei CSM anche oltre l'apertura per 12 ore al giorno, con l'istituzione di CSM funzionanti sperimentalmente 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, indicano, quali obiettivi strategici da perseguire, la promozione dei servizi finalizzati ai percorsi di *recovery* e la promozione della salute mentale nella comunità, sottolineano, inoltre, l'esigenza di rilanciare l'obiettivo della presa in carico da parte dei servizi delle persone con disturbo mentale, fondata su criteri di tempestività, promozione e sviluppo delle potenzialità di vita, continuità delle cure, *empowerment*.

Il Programma Pluriennale di utilizzo dei Fondi Comunitari 2007-2013 - Asse III, approvato con DGR 1401/2009, prevede che la Linea 3.1 sia destinata al miglioramento delle infrastrutture della sanità territoriale e, nello specifico, alla ristrutturazione, ampliamento e/o adeguamento di strutture dipartimentali, con riferimento ai Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze Patologiche, Salute Mentale, nonché al potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature delle sedi medesime.

Nell'ambito del citato quadro normativo, la Giunta Regionale, con la deliberazione n. 1400/07 (DIEF 2007) ha individuato la dotazione organica minima per un "CSM - tipo" con bacino d'utenza di 100.000 abitanti, necessaria per l'apertura dei CSM per 12 ore al giorno e, con la deliberazione n. 95/08 (DIEF 2008), ha, inoltre, disposto che i Direttori Generali, nell'ambito delle azioni prioritarie correlate al piano assunzioni, debbano attivare le procedure per il reclutamento del personale dei CSM.

A fronte di quanto sopra, va evidenziato che la rete dei CSM esistenti sul territorio regionale presenta ancora oggi evidenti criticità, rilevate anche nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e che la spesa per assistenza psichiatrica è rappresentata, per oltre il 50%, dall'acquisto di prestazioni sanitarie da privati.

Tali nodi problematici sono stati, peraltro, analizzati a seguito del monitoraggio regionale effettuato a dicembre 2009, che ha riguardato i 48 Centri di Salute Mentale attivi sul territorio e le 60 sedi decentrate.

Dal citato monitoraggio emerge che:

1. la maggioranza dei CSM è tuttora aperta solo 6 ore al giorno; n. 15 CSM assicurano l'apertura h 12, secondo la seguente distribuzione territoriale:

ASL	CSM	Ambulatori decentrati	CSM h12
BARI (1.241.271 abitanti)	14	19	PUTIGNANO
BAT (401.578 ab.)	4	5	ANDRIA BARLETTA
BRINDISI (405.779 ab.)	4	5	FASANO; MESAGNE; BRINDISI; FRANCAVILLA
FOGGIA (640.337 ab.)	9	16	LUCERA; MANFREDONIA; SAN SEVERO;FOGGIA
LECCE (812.035 ab.)	10	9	LECCE
TARANTO (581.157 ab.)	7	6	TARANTO MASSAFRA MARTINA FRANCA
TOTALE ABITANTI (ISTAT) 4.085.157	TOTALE CSM 48	TOTALE AMBULATORI 60	TOTALE CSM CON APERTURA H12 15

2. permane la grave carenza di personale: il personale che presta servizio nei 48 CSM ammonta a 775 operatori a fronte di un fabbisogno complessivo minimo di 1392 unità (DGR n. 1400/2007) con uno scarto di ben 617 unità, ossia il 44% rispetto al fabbisogno. In particolare, dall'indagine risultano carenti alcune specifiche figure professionali, quali gli educatori professionali (solo 15 unità a fronte di 144) gli infermieri (295 unità su 480) i tecnici della riabilitazione (solo 5 unità a fronte di 96) gli psichiatri (186 su 288) gli psicologi (103 su 144). Inoltre, le diverse figure professionali in servizio non sono equamente distribuite nei CSM e la distribuzione del personale non tiene sufficientemente conto delle particolari caratteristiche geo-morfologiche dei singoli territori.
3. gli orari di apertura settimanale all'utenza non risultano adeguati agli standard previsti: dall'indagine effettuata emerge che 2 CSM prevedono l'apertura all'utenza per meno di 6 giorni alla settimana e nessun CSM prevede l'apertura 7 giorni su 7.
4. sul piano infrastrutturale, infine, si deve registrare una diffusa inadeguatezza delle sedi dei CSM rispetto agli standard previsti ed alle attività da svolgere, correlata alla dislocazione eccessivamente periferica, alle carenze strutturali, alla scarsa accessibilità, alla mancanza di

rispetto della privacy. La qualità della struttura fisica in cui sono allocate le sedi del CSM (sede principale ed altre sedi ambulatoriali) è stata autovalutata, con riferimento ai requisiti richiesti dal Reg. Reg. n. 3/2005:

- Buona : n. 32
- Sufficiente: n. 36
- Insufficiente, mediocre: n. 18
- Non adeguata: n. 20
- Non valutata: n. 2

Emergono anche carenze relative agli arredi, alle attrezzature, ai materiali, alla grave insufficienza e obsolescenza del parco-automezzi. Si evidenzia che, per garantire le molteplici funzioni del CSM e la multidisciplinarietà degli interventi, le sedi devono rispettare quantomeno i requisiti minimi previsti dal Reg. Reg. n. 3/2005, con una particolare attenzione alla funzione di accoglimento per quanto riguarda gli spazi (che devono essere ampi, luminosi, ben aerati e climatizzati) e l'arredamento (confortevole e funzionale). Il CSM deve essere dotato di farmaci, presidi sanitari e per la psicodiagnostica, materiale per attività risocializzanti e riabilitative, strumentazione informatica ed audiovisiva, fax, fotocopiatrice, dotazione adeguata di automezzi di servizio in relazione alle caratteristiche del territorio servito ed alle altre strutture del Dipartimento ad esso funzionalmente collegate.

Pertanto, a progressiva risoluzione delle inadeguatezze evidenziate, il Governo Regionale, a partire dall'anno 2009, ha provveduto ad accantonare una quota del FSR di spesa corrente, pari a euro 2,2 milioni/anno, sufficiente per adeguare le dotazioni organiche dei CSM che già assicurano la copertura h/12 - in conformità al modulo-tipo approvato con DGR 1400/2007 -e per implementare l'adeguamento h/12 di tutti gli altri CSM, entro la fine dell'anno 2011.

Per quanto concerne l'adeguamento strutturale delle sedi, comprensivo anche delle attrezzature e degli arredi, è necessario che i Direttori Generali, coadiuvati dai Responsabili Unici del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari -premesse quanto già sottoscritto nei Disciplinari regolanti i rapporti tra la Regione Puglia e le ASL per l'utilizzo dei Fondi FESR 2007/2013 del I triennio - sin da adesso individuino e propongano gli interventi da realizzare nell'ambito della programmazione del II triennio, tenuto conto che requisiti essenziali per l'ammissibilità al finanziamento comunitario, sono:

- progettazione definitiva
- immediata cantierabilità
- coerenza con le priorità già delineate dal Piano Regionale di Salute
- coerenza con i rispettivi PAL.

Si propone, pertanto, di adottare il piano di lavoro articolato nelle seguenti fasi:

entro maggio 2010:

Presentazione da parte dei Direttori Generali delle ASL di una relazione che dovrà contenere l'analisi e la valutazione della situazione organizzativa dei CSM e la predisposizione di un programma aziendale che declini priorità e obiettivi di intervento, fasi temporali e tempi di attuazione, onde pervenire, entro maggio 2011, all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM in ogni ASL e, entro dicembre 2011, del restante 1/3. A regime, il reclutamento del personale necessario all'attuazione del presente provvedimento dovrà rientrare nei piani assunzionali annui della ASL.

La relazione propositiva dovrà prevedere:

- I. la ricognizione "pesata" (ore effettivamente svolte nel mese per ciascuna categoria profes-

sionale) del personale in servizio in ciascun CSM;

- II. le azioni che la ASL si impegna a porre in essere per il riequilibrio della presenza di personale in servizio tra i vari CSM e per l'integrazione con risorse proprie, sulla base del bacino d'utenza e dell'indice di dispersione territoriale, anche mediante l'attivazione, laddove in presenza di personale eccedente, di procedure di mobilità interna. Lo standard di personale da rispettare, per ciascuna categoria professionale, previsto per il CSM dalla DGR 1400/07, è da intendersi quale standard minimo necessario, a prescindere dall'ampiezza del bacino di utenza del CSM stesso;
- III. i criteri di individuazione dei CSM da rendere operativi sulle h/12 per ciascuna fase;
- IV. la carenza di personale rispetto allo standard previsto, che permane dopo aver attivato le procedure di cui al punto II;
- V. una stima della spesa prevista per il reclutamento del personale necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, con conseguente richiesta di finanziamento per la copertura degli oneri connessi ad un anno di attività.

La relazione, redatta con il supporto del Responsabile Unico del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari, dovrà, inoltre, contenere l'elenco degli interventi infrastrutturali da realizzare in conformità a quanto sopra definito, secondo il cronoprogramma di utilizzo dei fondi strutturali.

entro giugno 2010

Valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute ed erogazione dei finanziamenti di spesa corrente finalizzati all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM

luglio 2010 - maggio 2011

Realizzazione della prima fase e presentazione della relazione ASL sugli obiettivi conseguiti

giugno 2011

Valutazione delle relazioni ASL e erogazione fondi per l'adeguamento dei rimanenti CSM

luglio - dicembre 2011

Realizzazione della seconda fase e relazioni finali ASL.

Si reputa indispensabile attuare l'apertura h12 dei CSM, affinché essi siano in grado di garantire adeguatamente tutte le attività attribuite dalla normativa vigente, spesso solo parzialmente realizzate o addirittura totalmente disattese.

Le attività attribuite al CSM dovranno essere potenziate, se già in corso, o implementate secondo le necessità assistenziali stimate, e realizzate entro l'arco di tutte le 12 ore di funzionamento del CSM.

Considerato che il Piano Regionale di Salute caratterizza i Centri di Salute Mentale quali "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, multiprofessionali e multidimensionali, per una azione di tutela della salute mentale, dalla prevenzione ed educazione alla salute alla cura rivolta ai cittadini di ogni età e condizione sociale, il potenziamento dei CSM dovrà garantire in particolare la realizzazione dei seguenti obiettivi da ritenersi prioritari.

- 1) Gestione tempestiva ed adeguata delle emergenze-urgenze psichiatriche, attività di filtro ai ricoveri, collaborazione con i SPDC durante i periodi di degenza e per dimissioni concordate.
- 2) Incremento dell'assistenza domiciliare, dei servizi home maker e, nel territorio, di attività strutturate di sostegno alle famiglie, anche mediante iniziative di auto/mutuo aiuto, sulla base dei bisogni stimati.
- 3) Sviluppo delle attività finalizzate all'inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico al CSM, secondo quanto previsto dalle Linee Guida Regionali approvate con DGR n. 471/10.
- 4) Incremento delle attività di assistenza sanitaria integrata attraverso la collaborazione continuativa con i medici di medicina generale, il Distretto Sociosanitario e gli altri Servizi sanitari del DSM ed esterni ad esso, con particolare riferimento alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ed alle dipendenze patologiche.
- 5) Iniziative specifiche per l'identificazione e l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e per il recupero dei drop out.
- 6) Incremento delle attività di integrazione socio-sanitaria attraverso una presenza qualificata ed una collaborazione continuativa con gli organismi dell'Ambito territoriale per i Piani di Zona, sia in fase di co-progettazione che di effettiva realizzazione
- 7) Definizione di piani terapeutici individuali per ogni paziente in carico, formalizzati e condivisi con il paziente, temporizzati, realizzati in collaborazione con le altre agenzie sanitarie e sociali e periodicamente verificati, che prestino attenzione alle diverse dimensioni comprese nel bisogno di salute complessivo, ivi compresa la salute fisica.
- 8) Per ciascun paziente per cui si renda necessario un percorso riabilitativo, definizione di progetti riabilitativi personalizzati, sottoscritti dal paziente, realizzati nel territorio direttamente dal CSM, oppure nel contesto di strutture riabilitative residenziali o semiresidenziali. In questo ultimo caso, il CSM deve assicurare la condivisione del progetto con gli operatori delle strutture, le verifiche periodiche dell'andamento del progetto e della qualità ed efficacia degli interventi, la valutazione degli esiti, coordinamento e supervisione delle azioni finalizzate alla dimissione e ad un appropriato reinserimento nel contesto di provenienza. Messa in atto delle azioni opportune per una progressiva riduzione del ricorso alla residenzialità, ponendo in essere forme alternative di riabilitazione territoriale che garantiscano una maggiore prossimità alle condizioni e consuetudini abituali di vita di ciascun utente nel proprio contesto.
- 9) Sperimentazione di Centri diurni autogestiti da parte di utenti e gruppi di self-help.
- 10) Offerta di adeguata assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici stabilizzati, ospitati dalle Strutture previste dal Regolamento Regionale n. 4 del 2007, fra le quali le "Case per la Vita" di cui all'art. 70 del Regolamento medesimo.
- 11) L'assunzione di una piena responsabilità circa la tutela della salute mentale nelle carceri e l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato, negli istituti penitenziari o sottoposti a misure alternative alla detenzione.
- 12) Incremento delle attività di prevenzione primaria, informazione, sensibilizzazione e pro-

mozione della salute mentale nella comunità, rivolte alla popolazione generale e particolarmente ai soggetti deboli ed alle fasce a rischio.

- 13) Tempestiva individuazione dei bisogni psichiatrici emergenti (peraltro in costante mutazione), quali la tutela della salute mentale dei migranti non pienamente integrati nel tessuto sociale.

COPERTURA FINANZIARIA - L.R. 16 NOVEMBRE 2001 N. 28 e successive modifiche e integrazioni.

Agli oneri derivanti dal presente provvedimento per un importo di euro 2.200.000,00 si farà carico sul Cap. 711033 - competenza 2010 -U.P.B. 5.7.1 del Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2010, approvato con L.R. n. 35 del 31 Dicembre 2009. Si attesta, altresì, che la predetta spesa rientra nei limiti delle quote di FSR, ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali e comunitarie a destinazione vincolata assegnate o da assegnare alle ASL, ed è escluso, ai sensi dell'art.4 della L.R. 4.5.1999, n.17, così come modificato dall'art.13 della L.R.13 dicembre 1999, n. 32, ogni onere aggiuntivo.

Il Dirigente di Servizio PATP
dott. Fulvio Longo

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

LA GIUNTA

- udita la relazione dell'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore;
- vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dalla Dirigente di Ufficio, dal Dirigente del Servizio e dal Direttore di Area ad interim;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in narrativa, che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare le presenti disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale, per l'adeguamento dei CSM che già assicurano la copertura h/12 - in conformità al modulo-tipo approvato con DGR 1400/2007 -e l'implementazione h/12 di tutti gli altri CSM, secondo il seguente cronoprogramma :

entro maggio 2010:

Presentazione da parte dei Direttori Generali delle ASL di una relazione che dovrà contenere l'analisi e la valutazione della situazione organizzativa dei CSM e la predisposizione di un programma aziendale che declini priorità e obiettivi di intervento, fasi temporali e tempi di attuazione, onde pervenire, entro maggio 2011, all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM in ogni ASL e, entro dicembre 2011, del restante 1/3. A regime, il reclutamento del personale necessario all'attuazione del presente provvedimento dovrà rientrare nei piani assunzionali annui della ASL. La relazione propositiva dovrà prevedere:

- I. la ricognizione "pesata" (ore effettivamente svolte nel mese per ciascuna categoria professionale) del personale in servizio in ciascun CSM;
- II. le azioni che la ASL si impegna a porre in essere per il riequilibrio della presenza di personale in servizio tra i vari CSM e per l'integrazione con risorse proprie, sulla base del bacino d'utenza e dell'indice di dispersione territoriale, anche mediante l'attivazione, laddove in presenza di personale eccedente, di procedure di mobilità interna. Lo standard di personale da rispettare, per ciascuna categoria professionale, previsto per il CSM dalla DGR 1400/07, è da intendersi quale standard minimo necessario, a prescindere dall'ampiezza del bacino di utenza del CSM stesso;
- III. i criteri di individuazione dei CSM da rendere operativi sulle h/12 per ciascuna fase;
- IV. la carenza di personale rispetto allo standard previsto, che permane dopo aver attivato le procedure di cui al punto II;
- V. una stima della spesa prevista per il reclutamento del personale necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, con conseguente

richiesta di finanziamento per la copertura degli oneri connessi ad un anno di attività.

La relazione, redatta con il supporto del Responsabile Unico del Procedimento per l'utilizzo dei Fondi Comunitari, dovrà, inoltre, contenere l'elenco degli interventi infrastrutturali da realizzare in conformità a quanto sopra definito, secondo il cronoprogramma di utilizzo dei fondi strutturali.

entro giugno 2010

Valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute ed erogazione dei finanziamenti di spesa corrente finalizzati all'apertura e adeguato funzionamento h/12 di almeno 2/3 dei CSM.

luglio 2010 - maggio 2011

Realizzazione della prima fase e presentazione della relazione ASL sugli obiettivi conseguiti

giugno 2011

Valutazione delle relazioni ASL e erogazione fondi per l'adeguamento dei rimanenti CSM

luglio - dicembre 2011

Realizzazione della seconda fase e relazioni finali ASL.

- di demandare al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione ogni adempimento attuativo;
- 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 25 marzo 2010, n. 917

Linee guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare.

L'Assessore alle politiche della Salute, sulla base

dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 3, e confermata dal Dirigente del Servizio, riferisce:

La Nutrizione artificiale (NA), è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i bisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per la via naturale. Detta nutrizione comprende la nutrizione parenterale (NPD) e la nutrizione enterale (NED) e consente:

1. la prevenzione ed il trattamento della malnutrizione;
2. il miglioramento del decorso clinico e della prognosi di numerose patologie;
3. la significativa riduzione di morbilità e mortalità;
4. la sensibile riduzione della ospedalizzazione del malato e della spesa economica .

Le indicazioni per l'impiego della Nutrizione artificiale si basa sull'esperienza e sulla conoscenza dei sanitari che identificano determinate circostanze cliniche nelle quali i benefici della nutrizione parenterale o enterale domiciliare sono superiori agli svantaggi in confronto alla nutrizione artificiale del paziente ospedalizzato.

Pertanto, anche al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale le modalità di procedura terapeutica della Nutrizione Artificiale (NA), si rende basilare dotare le strutture Sanitarie regionali di idonee linee guida e/o raccomandazioni di comportamento clinico, affinché il clinico sia posto nelle migliori condizioni per la valutazione di ogni singolo caso.

A tal proposito, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S) ha predisposto delle linee guida che sono da intendere come raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e dell'opinione di esperti con l'unico scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere la modalità assistenziale più appropriata in particolari situazioni cliniche.

Pertanto, in un'ottica di appropriatezza e sicurezza del trattamento di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), si è dell'avviso che anche sul territorio regionale siano adottate le relative linee guida predisposte dalla Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

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 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 dal responsabile della P.O., dal 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 intergalmente riportati:

- di adottare le linee guida sulla Nutrizione Artificiale domiciliare di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, approntate da parte dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali
- di demandare al Dirigente del Servizio PATP l'adozione di idoneo provvedimento dirigenziale relativamente alla individuazione di istruzioni Operative per l'applicazione di dette linee guida sulla Nutrizione Artificiale domiciliare rivenienti di precitato allegato "A".
- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 6 lett. h della L.R. n. 13/97.28/01.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

Allegato "A"

Linee guida NAD

La NAD presenta le stesse indicazioni della Nutrizione Artificiale ospedaliera previste in tutte le precedenti Linee Guida nazionali ed internazionali¹⁸⁻²⁹. La NAD consente di trattare a domicilio pazienti, in condizioni di stabilità clinica, che altrimenti avrebbero necessità di ricovero ospedaliero per ricevere il solo trattamento nutrizionale. La NAD evita il protrarsi della ospedalizzazione e facilita la totale reintegrazione familiare, sociale e lavorativa del malato e riduce sensibilmente la spesa sanitaria³⁰. L'età avanzata e le patologie di base maligne non devono essere considerate controindicazioni alla NAD.

La NAD è indicata in presenza di specifiche condizioni cliniche e ambientali, tenuto conto di valutazioni etiche (DGPP):

- **impossibilità a mantenere o a reintegrare, quando necessario, lo stato di nutrizione del paziente con la sola alimentazione orale, per alterazione di una o più funzioni dell'apparato digerente, o per impossibilità del paziente ad alimentarsi;**
- **stabilità del quadro clinico e possibilità di gestione della patologia di base e della nutrizione a livello domiciliare;**
- **il domicilio del paziente deve avere caratteristiche di salubrità che assicurino la possibilità di una gestione corretta della NAD;**
- **nei pazienti non autosufficienti per la gestione, deve essere presente un caregiver adeguato o, in sua assen-**

za, il trattamento deve essere inserito in un servizio di assistenza domiciliare territoriale.

In generale, la NAD viene ritenuta non indicata quando la durata prevista del trattamento sia inferiore ai 90 giorni³¹. Va tuttavia rilevato che l'inesistenza di studi randomizzati e la notevole varietà sia di pazienti che di stati patologici nei quali la NAD può essere praticata, richiede una valutazione clinica individuale di ogni singolo caso, ma anche la conoscenza di specifiche Linee Guida, come quelle emanate dalla SINPE.

Nel caso in cui il paziente abbia indicazione alla NAD, ma non esistano le condizioni ambientali necessarie, esso deve poter ricevere il trattamento in strutture sanitarie o assistenziali adeguate, il cui reperimento è a carico congiuntamente della U.O. Responsabile della NAD e dei Servizi di Cure Domiciliari dell'ASL di residenza.

La scelta del tipo di trattamento di NAD, NED o NPD, dovrà essere realizzata secondo l'algoritmo riportato nella di Figura 1 in considerazione della funzione intestinale residua.

Indicazioni cliniche alla NAD

Le indicazioni alla NAD qui riportate sono tratte dalle già citate Linee Guida della Società Italiana di Nutrizione Enterale e Parenterale (SINPE) e quindi individuate sulla base del più ampio e qualificato consenso scientifico nazionale. Esse sono rappresentate da tutte le situazioni nelle quali il paziente si trova in condizioni cliniche stabili, tali da consentire la dimissione dall'ospedale e/o la permanenza al proprio domicilio, ma incapace di soddisfare i propri fabbisogni nutrizionali per la via naturale.

Quando, superata la situazione di acuzie, permane l'indicazione alla NA è necessaria una valutazione multidimensionale di idoneità alla continuazione della stessa nell'ambiente di vita abituale del paziente.

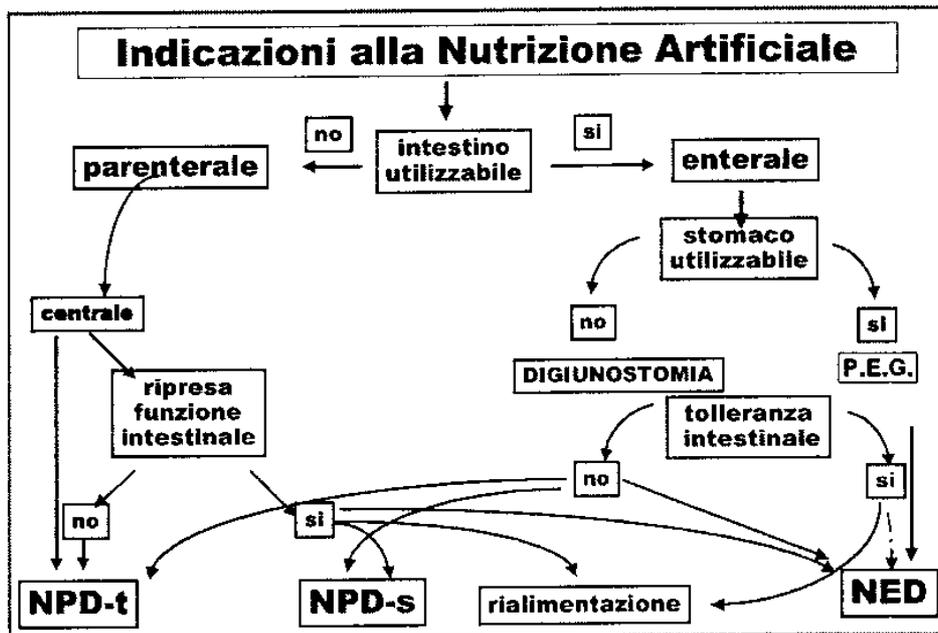


Figura 1: Algoritmo per la scelta del tipo di Nutrizione Artificiale nei pazienti con indicazione alla Nutrizione Artificiale Domiciliare

La NAD consente di trattare a domicilio pazienti che altrimenti avrebbero necessità di ricovero ospedaliero per ricevere il solo trattamento nutrizionale.

Uno dei principali criteri di eleggibilità alla domiciliazione è che il recupero nutrizionale sia in grado di migliorare la qualità di vita e la condizione clinica senza implicare rischi maggiori; in ogni caso è necessaria anche una periodica rivalutazione dell'indicazione alla NAD.

Nell'età evolutiva, in presenza di patologia cronica quale la malattia di Crohn, la NAD trova una indicazione aggiuntiva in quanto consente di assicurare la crescita nelle fasi in cui questa è molto rapida e risentirebbe negativamente della terapia cortisonica. (B)

Indicazioni specifiche per la NED

Ogni qualvolta si pone l'indicazione alla NAD e il tratto gastrointestinale sia "funzionante" e "praticabile", la via enterale deve rappresentare la prima scelta (B).

Questa regola è supportata da molti dati della letteratura scientifica disponibile. In Europa la NED costituisce circa l'80-90% di tutti i trattamenti nutrizionali a domicilio.

Le motivazioni basilari della scelta enterale sono rappresentate:

- dalla natura più fisiologica di tale trattamento;
- dal minore rischio di complicanze maggiori;
- dalla maggiore semplicità gestionale;
- dai minori costi rispetto alla NPD.

Le principali indicazioni alla nutrizione enterale domiciliare nell'adulto sono i disordini della deglutizione di origine neurologica (come ad es. quelli conseguenti a malattie cerebrovascolari, malattie degenerative del sistema nervoso centrale, ecc.) e di origine ostruttiva del tratto gastrointestinale superiore e del distretto cervicocefalico (frequentemente le malattie neoplastiche).

Controindicazioni alla NED

La NED è generalmente controindicata in pazienti con subocclusione intestinale, vomito intrattabile, ileo paralitico e/o diarrea severa che renda difficoltosa la gestione metabolica del paziente, presenza di fistole enterocutanee prossimali ("alte") e/o ad elevata portata e ischemia intestinale cronica.

Indicazioni specifiche per la NPD

La NPD é indicata nelle situazioni di insufficienza intestinale cronica che determinano una riduzione della massa intestinale funzionante tale da non garantire un assorbimento sufficiente di nutrienti.

Coerentemente con quanto detto a proposito della NED, il presupposto fondamentale per considerare appropriata l'indicazione alla NPD è che sia stato messo in atto ogni tentativo di nutrizione orale o NED e che il paziente abbia evidenziato incapacità a mantenere il peso e condizioni nutrizionali soddisfacenti.

L'eleggibilità richiede anche una prospettiva di necessità di trattamento di almeno alcuni mesi ed una stabilità dal punto di vista emodinamico e metabolico. Il trattamento parenterale domiciliare non è scevro da complicanze ed implica in ogni caso l'utilizzo di maggiori risorse umane ed economiche rispetto alla NED.

Relativamente alle cause più frequenti di ricorso alla NPD va evidenziato come le neoplasie sono al primo posto, mentre fra le patologie non neoplastiche più frequenti troviamo la vasculopatia mesenterica (24%), le malattie infiammatorie intestinali (20%), l'enterite attinica (17%), la pseudostruzione intestinale (7%) ed una miscellanea (32%). Come precedentemente accennato nei casi di sindrome dell'intestino corto, la NPD sostituisce interamente l'intestino, ha una durata illimitata e rappresenta un trattamento salva-vita.

Controindicazioni alla NPD

La NPD è controindicata in tutti i casi in cui possa essere realizzato un approccio di NA per la via enterale, comunque sufficiente a soddisfare integralmente le esigenze nutrizionali del paziente. Controindicazioni relative possono essere rappresentate da gravi coagulopatie o sindromi trombofiliche, nelle quali rischi e benefici della NPD devono essere valutati caso per caso.

Gestione della NAD

In Italia vi sono molteplici modelli organizzativi riferiti alla NAD. Appare perciò opportuno che, seppure all'interno della totale autonomia prevista per ogni singola Regione, il modello organizzativo di gestione della NAD debba rispettare alcuni criteri di minima.

Le Società Scientifiche di settore (ADI e SINPE) hanno elaborato nel 2000 le Linee Guida per l'accreditamento dei Centri di Nutrizione Artificiale Domiciliare³² ed il Gruppo di lavoro NAD, della Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute, ha realizzato, a marzo 2004, un documento "Proposta di accordo NAD" che precisa ulteriori aspetti della gestione. Questo Gruppo di Lavoro recepisce a pieno queste indicazioni.

Modello gestionale previsto dalle LLGG per l'accreditamento dei Centri di Nutrizione Artificiale Domiciliare ADI/SINPE (DGPP)

1. Struttura Responsabile del trattamento

La NAD dovrà essere prescritta, attuata e monitorata da Unità Operative dedicate, identificabili preferibilmente con U.O. o Servizi già esistenti sul territorio regionale, purché adibite ad una funzione clinica. Esse potranno essere:

- Unità Operative o Servizi o Strutture Sanitarie già operanti e con documentata esperienza in NAD in stretta interazione con i servizi ADI ed i Distretti.

- Unità Operative o Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica; UO di Nutrizione Clinica e NAD in stretta interazione con i servizi ADI ed i Distretti;

L'attività di queste U.O. (che nel presente documento saranno definite per semplicità UO-NAD) dovrà essere riconosciuta dall'Azienda Sanitaria in base alla norma corrente e chiaramente identificabile dall'Utenza.

Ogni regione potrà stabilire i criteri di identificazione delle UO-NAD prevedendo anche strutture inter-Aziendali o risultanti da Aree Omogenee, secondo la normativa vigente.

L'attività è ufficialmente riconosciuta dall'Azienda Sanitaria sede della UO-NAD e chiaramente identificabile dall'utenza.

2. Risorse umane

Ogni UO-NAD dovrà essere diretta da un Medico con documentata esperienza clinica in nutrizione artificiale. Egli sarà il Responsabile del trattamento NAD. Ogni UO-NAD dovrà avere personale dedicato, la cui definizione sarà stabilita in base a criteri Aziendali, tenendo conto che la gestione della NAD richiede una multi-professionalità (Dietisti, Infermieri, Farmacisti, Psicologi, Assistenti sociali, Personale di Segreteria, ecc)³³.

Nella gestione della NAD in età pediatrica sono richieste specifiche competenze. A livello ospedaliero il riferimento dovrà essere sempre una U.O. di Pediatria o un Ospedale Pediatrico, coordinato con la UO-NAD, e, a livello territoriale, con lo specialista pediatra di libera scelta.

Ogni Regione potrà creare una specifica organizzazione per la UO-NAD pediatrica per la gestione diretta e/o indiretta dei pazienti pediatrici siti nel proprio territorio.

3. Funzioni della UO-NAD Responsabile della NAD

La UO-NAD, sulla base di una richiesta proveniente da un medico ospedaliero o territoriale, stabilisce l'indicazione alla NAD e diviene responsabile di tutto il percorso diagnostico terapeutico e collabora con il Medico di Medicina Generale e il pediatra di libera scelta e, qualora previsto, con i Servizi Territoriali di Cure Domiciliari.

La UO-NAD attiva canali e strumenti di comunicazione atti a garantire un tempestivo passaggio di informazioni al Medico di Medicina Generale e il pediatra di libera scelta e agli Operatori del territorio coinvolti nella gestione del paziente.

La UO-NAD garantisce una tempestiva e completa informazione ed addestramento al paziente e ai familiari o caregiver.

La UO-NAD provvede alla gestione di tutte le fasi del trattamento e utilizza protocolli clinici e organizzativi per:

fase di avvio:

- indicazione e scelta della via d'accesso ottimale.
- tutti gli aspetti clinici e gestionali dell'avvio della NAD.
- organizzazione della consegna di attrezzature, materiali e prodotti. L'UO-NAD è responsabile della corretta fornitura dei prodotti e attrezzature necessarie e delle relative sostituzioni quando necessario. La fornitura deve essere eseguita in modo corretto in quanto a modalità e tempistica.
- training del paziente e dei familiari (o caregiver).
- consegna al paziente, familiari o caregiver di un manuale di istruzioni (completo di immagini adeguate) contenente informazioni per le procedure di preparazione dei nutrienti, utilizzazione della pompa di infusione, sui possibili rischi, e sulle metodiche per risolvere le più frequenti problematiche e istruzioni di comportamento nelle eventuali situazioni di emergenza.
- consegna al paziente e familiari di documentazione relativa alla reperibilità telefonica: numeri di telefono (di routine e di emergenza) per contattate figure professionali in grado di comprendere le necessità e le problematiche dei pazienti in NAD. Personale adeguato è reperibile :
 - per almeno 8 ore al giorno, per almeno 5 giorni alla settimana (NED);
 - per almeno 8 ore al giorno per 7 giorni alla settimana (NPD-non IICB);

- per 24 ore al giorno tutti i giorni (NPD-IICB).

Per i giorni e gli orari di non reperibilità, l'UO responsabile della NAD rilascia documentazione in merito al tipo di accesso, alla terapia nutrizionale e al trattamento delle complicanze dell'accesso, per permettere un intervento adeguato da parte di altre strutture sanitarie.

- L' UO-NAD rilascia al paziente e familiari un protocollo di assistenza che include il programma di monitoraggio. Apposita documentazione riguardante le necessità e le modalità di assistenza infermieristica, la fornitura dei materiali e il controllo medico al domicilio, ove possibile preventivamente concordata, viene rilasciata al Medico di Medicina Generale e pediatra di libera scelta e ai Servizi Territoriali coinvolti nella gestione del paziente.

fase di cura e monitoraggio clinico

- L' UO-NAD assicura di routine il ricovero ordinario e DH, l'assistenza ambulatoriale o domiciliare, espletata con cadenza stabilita sulla base delle caratteristiche cliniche del singolo caso;
- L' UO-NAD su richiesta del Medico di Famiglia e del pediatra di libera scelta o di altro personale sanitario, o su comunicazione del paziente o del caregiver, assicura entro tempi adeguati alle esigenze cliniche, una valutazione clinica in regime di ricovero ordinario, di DH, ambulatoriale o domiciliare dei casi che possono richiedere variazioni del regime nutrizionale e terapeutico;
- L'UO-NAD garantisce assistenza ambulatoriale, di DH, DO o domiciliare dei casi che richiedono diagnosi e/o trattamento delle complicanze.

Accanto al paziente è necessaria la presenza di un familiare/caregiver e del Medico di Medicina Generale, per la diagnosi e il trattamento di eventuali problemi potenziali.

Altri possibili modelli gestionali (DGPP)

1. U.O. Ospedaliera che gestisce ed è responsabile di tutto l'iter diagnostico/terapeutico. La fornitura delle apparecchiature e materiali può essere direttamente gestita dalla UO Ospedaliera o avvenire tramite utilizzazione dei Servizi Territoriali di Cure Domiciliari o di Ditte di assistenza domiciliare.
2. U.O. Territoriale, che gestisce ed è responsabile tutto l'iter diagnostico/terapeutico. La fornitura delle apparecchiature e materiali può essere direttamente gestita dalla UO o avvenire tramite utilizzazione dei Servizi Territoriali di Cure Domiciliari o di Ditte esterne di assistenza domiciliare. L'UO territoriale deve essere collegata in modo formalizzato con Reparto/i specialistici Ospedalieri per assicurare ai pazienti una via preferenziale per tutti gli interventi connessi alla NAD che si svolgono necessariamente in ambiente ospedaliero, in regime di DH o di DO:
 - posizionamento ed eventuale ri-posizionamento o revisione degli accessi enterali e parenterali.
 - diagnosi e trattamento delle complicanze della NAD, ove di competenza ospedaliera.

Caratteristiche minime organizzative per una U.O. di NAD (D-GPP)

- a) Identificazione come tale dall'Azienda in cui è collocato, con relativo Centro di Costo.
- b) Responsabile Medico, con specifiche conoscenze ed esperienza in nutrizione clinica/NAD/NA.
- c) Esistenza di Dietisti, Infermieri dedicati e di Farmacisti consulenti.
- d) Esistenza di strutture, risorse umane e collegamenti organizzativi per espletare correttamente l'intero iter diagnostico-terapeutico della NAD:
 - Fase di avvio;
 - Fase di cura e monitoraggio clinico;
 - fornitura dei prodotti.

Compiti dell'U.O. di NAD (D-GPP)

- a) Valutazione dell'indicazione alla NAD;
- b) Acquisizione del consenso informato del paziente o del familiare;
- c) Contatto e piena condivisione del caso con MMG;
- d) Elaborazione e prescrizione del programma nutrizionale;
- e) Addestramento alla gestione domiciliare;
- f) Monitoraggio periodico programmato;
- g) Prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze del trattamento;
- h) Decisione del termine del trattamento;
- i) Attivazione e controllo della fornitura delle attrezzature e materiali necessari;
- j) Attivazione e controllo del servizio domiciliare;
- k) Gestione della cartella clinica.

Caratteristiche minime da assicurare in corso di NAD (D-GPP)

- Consegna a domicilio di: prodotti, attrezzature e dispositivi necessari e assistenza relativa;
- Assistenza infermieristica domiciliare come richiesto dall'U.O. (in caso di pazienti non autosufficienti e/o carenza di adeguati caregiver).

Raccomandazioni circa la modalità e gli strumenti per la realizzazione della NAD

Riportiamo le raccomandazioni specifiche per ognuno dei possibili trattamenti di nutrizione artificiale domiciliare.

NED

La Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG) dovrebbe essere indicata nei pazienti che necessitano di un trattamento maggiore di 4 settimane (D-GPP).

Tutti i pazienti in trattamento enterale domiciliare devono essere assistiti con l'intervento di professionalità multidisciplinari che includono dietisti, infermieri, ed altre professio-

INDICAZIONI DELLA NED

- 1) Impossibilità o controindicazione alla alimentazione per via orale conseguente a:**
 - a. Disfagia ostruttiva:
 - i. *Patologie neoplastiche in fase terapeutica e non (tumori della regione capo-collo, esofago, stomaco, duodeno)*
 - b. Disfagia funzionale:
 - i. *Patologie neurologiche (coma cerebrale, esiti di eventi cerebrovascolari acuti e di traumi cerebrali, malattie croniche progressive: demenze, Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla, malattia del motoneurone)*
 - ii. *Alterazioni della motilità delle prime vie digestive (acalasia,..)*
- 2) Necessità di integrazione alla alimentazione per via orale conseguente a:**
 - a. Anoressia o iporessia da qualsiasi causa
 - b. Patologie croniche catabolizzanti
 - c. Postumi di gravi patologie (es. Malattia di Crohn)

nalità coinvolte nella assistenza domiciliare (terapisti della riabilitazione e del linguaggio). Accanto al paziente è necessaria la presenza di un familiare e del medico di famiglia o il pediatra di libera scelta per la diagnosi ed il trattamento di eventuali problemi potenziali (D-GPP).

I pazienti dimessi in nutrizione enterale domiciliare, o i loro familiari, devono ricevere un protocollo di assistenza che includa il programma di monitoraggio. I pazienti devono inoltre ricevere un adeguato addestramento ed un manuale di informazioni da parte delle diverse professionalità che abbiano maturato una rilevante competenza nel supporto

nutrizionale (infermieri e dietisti specializzati in nutrizione) su (D-GPP):

- Gestione del sistema di infusione della nutrizione enterale e del regime di somministrazione, informazioni circa le procedure di messa a punto dei nutrienti, utilizzo della pompa di infusione e sui possibili rischi, metodiche per risolvere le più frequenti problematiche mediante l'uso del manuale di istruzioni (completo di immagini adeguate).
- Numeri di telefono (emergenza e routinari) per contattare figure professionali in grado di comprendere le necessità e le problematiche dei pazienti in trattamento enterale domiciliare.
- Organizzazione circa la consegna di attrezzature, materiali e nutrienti che deve essere realizzata con un appropriato contatto specifico con il Provider esterno di assistenza domiciliare eventualmente coinvolto.

NPD

Tutti i pazienti in trattamento parenterale domiciliare devono essere assistiti da un TEAM di professionalità multidisciplinare che include dietisti e infermieri ed altre professionalità coinvolte nella assistenza domiciliare. Accanto al paziente è necessaria la presenza di un familiare e del medico di famiglia per la diagnosi ed il trattamento di eventuali problemi potenziali (DGPP).

I pazienti dimessi in nutrizione parenterale domiciliare, o i loro familiari, devono ricevere un protocollo di assistenza che includa il programma di monitoraggio. I pazienti devono inoltre ricevere un adeguato addestramento ed un manuale di informazioni da parte delle diverse professionalità che abbiano maturato una rilevante competenza nel supporto nutrizionale (infermieri e dietisti specializzati in nutrizione) su (DGPP):

- Gestione del sistema di infusione della nutrizione parenterale e del regime di somministrazione, informazioni circa le procedure di messa a punto dei nutrienti, utilizzo della pompa di infusione e sui possibili rischi, metodiche per risolvere le più frequenti problematiche mediante

INDICAZIONI DELLA NPD

Per la NPD di breve periodo:

a) *Patologie neoplastiche in presenza delle seguenti condizioni:*

- Quando siano presenti deficit nutrizionali/digestivi gravi, postumi di trattamenti oncologici aggressivi, senza evidenza di malattia in atto.
- In pazienti ambulatoriali con neoplasia in atto in cui le precarie condizioni nutrizionali compromettono l'attuazione di una terapia oncologica adeguata.
- Pazienti con malattia avanzata in cui la prognosi finale è condizionata più dalla malnutrizione/ipofagia che dalla progressione di malattia, purchè la qualità di vita del paziente sia accettabile.

b) *Altre patologie più rare con indicazione a Nutrizione Parenterale di breve/medio periodo:*

- malassorbimenti gravi transitori.
- fistole digestive.
- iperemesi gravidica.
- patologie immunitarie.

Per la NPD di lunga durata:

a) *Sindrome da intestino corto (esiti di ampie resezioni intestinali conseguenti a infarto mesenterico, malattia di Crohn, enterite attinica, volvolo, sindrome aderenziale....).*

b) *Alterazioni della motilità intestinale (pseudo-ostruzione, esiti tardivi di enterite attinica, neuropatie tossiche e ischemiche).*

c) *Malassorbimenti gravi non trattabili (malattia celiaca non-responder....).*

d) *Patologie rare (errori metabolici congeniti che determinano malassorbimento, sclerodermia, linfangectasia, amiloidosi, VIP syndrome).*

l'uso del manuale di istruzioni (completo di immagini adeguate).

- Numeri di telefono (emergenza e routinari) per contattare figure professionali in grado di comprendere le necessità ed le problematiche dei pazienti in trattamento parenterale domiciliare.
- Organizzazione circa la consegna di attrezzature, materiali e nutrienti che deve essere realizzata con un appropriato contatto specifico con il Provider esterno di assistenza domiciliare eventualmente coinvolto.

NED E NPD

Le professionalità della assistenza domiciliare dovrebbero assicurarsi che i pazienti che ricevono la nutrizione artificiale domiciliare o i loro familiari (DGPP):

- Siano completamente informati ed abbiano accesso a fonti di informazione appropriate, per quanto riguarda la forma, il linguaggio e la struttura, alle caratteristiche individuali del paziente. Molta attenzione deve essere posta per adattarsi alle capacità cognitive, al sesso, alle necessità fisiche e culturali ed alla fase di vita del singolo paziente.
- Abbiano l'opportunità di discutere circa la diagnosi, i vari trattamenti e le problematiche fisiche, psicologiche e sociali.
- Ricevano indirizzi di gruppi di supporto religiosi e di volontariato ove richiesti e disponibili.

COSTI DEL TRATTAMENTO

La NAD non comporta oneri da parte dell'assistito né per l'acquisto dei prodotti e delle attrezzature necessarie, né per il loro trasporto, né per le prestazioni professionali connesse.

I costi effettivi della NAD sono completamente a carico della ASL di residenza del paziente che dovrà corrispondere alle U.O. di Nutrizione Clinica e NAD che avvia il trattamento domiciliare un onere giornaliero omnicomprendivo corrispondente al trattamento NAD attivato. Sono pure a carico dell'ASL di residenza i costi di trasporto in ambulanza alla sede dell'U.O. e/o all'Ospedale di riferimento, su richiesta dell'U.O. NAD (DGPP).

ASSENZA DI CARATTERISTICHE AMBIENTALI DI IDONEITÀ AL TRATTAMENTO

Quando le condizioni ambientali non sono idonee il paziente deve ricevere il trattamento NAD in condizioni alternative.

I pazienti che hanno indicazione alla NAD, ma che non sono idonei al trattamento al loro domicilio, devono poter ricevere il trattamento di nutrizione artificiale, con le stesse caratteristiche di adeguatezza qualitativa sopra descritte, presso Strutture Residenziali o Sanitarie, a seconda della tipologia di paziente. (DGPP).

L'attribuzione dei costi del trattamento (assistenza nutrizionale, fornitura delle apparecchiature e dei materiali) deve essere chiaramente normata a livello regionale.

Sicurezza della NAD

La sicurezza rappresenta il fondamento per realizzare al meglio il trattamento domiciliare, soprattutto se si tratta di NPD nella quale, come è noto, le complicanze settiche del Catetere Venoso Centrale possono essere molto elevate³⁴ e possono incidere sensibilmente sulla morbilità e la mortalità del trattamento. La prevenzione di questi eventi richiede l'utilizzazione di protocolli specifici e standardizzati di iniziazione e di monitoraggio in grado di assicurare una significativa riduzione³⁵ del rischio infettivo e/o degli altri rischi della procedura.

L'UO-NAD deve organizzare un servizio di addestramento, di fornitura presso il domicilio delle soluzioni, dei materiali, delle attrezzature indispensabili per la NAD, dei materiali di medicazione e di disinfezione, nonché assicurare le procedure ed il monitoraggio clinico, compresa l'analisi dell'efficacia clinica. Tale organizzazione potrà essere diretta o indiretta, con l'uso di specifici providers³⁶ (DGPP).

TONO DELL'UMORE

Gli effetti della NAD sul tono dell'umore sono un tema molto interessante che negli ultimi anni ha richiamato l'attenzione del mondo scientifico soprattutto nei pazienti in NPD. A tale proposito è stato infatti documentato da alcuni autori che il trattamento di NPD è in grado di influire negativamente sul tono dell'umore del paziente³⁷ e che l'aiuto di organizzazioni dedicate può rappresentare la strategia più

adeguata per ridurre questi effetti e per migliorare lo stato generale del malato.

QUALITÀ DI VITA

La qualità di vita del paziente in NAD è strettamente dipendente dalla malattia di base e dalle procedure necessarie a realizzare il trattamento. In questi malati, quindi, la qualità di vita è ovviamente ridotta rispetto al gruppo controllo comparato per sesso ed età, ma si mantiene stabile nel trattamento di lunga durata³⁸. Gli aspetti tecnici ed amministrativi del trattamento di NPD interferiscono con la qualità di vita del malato soprattutto in coloro che soffrono di depressione o che presentano segni di farmaco-dipendenza³⁹.

La NPD induce un significativo peggioramento della qualità di vita del paziente rispetto al soggetto normale soprattutto nei soggetti depressi ed in quelli farmaco-dipendenti. (B)

ETICA DELLA NAD

La letteratura su questo argomento è ampia e molte di queste posizioni sono recenti⁴⁰⁻⁵⁸. Si ritiene utile ribadire, alla luce dei documenti prodotti dal Comitato Nazionale di Bioetica⁵⁹, dal Ministero della Salute⁶⁰, dalle già citate Linee Guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale e secondo le indicazioni della Convenzione di Oviedo⁶¹ che:

- La NA, spesso salvavita, va garantita come prevenzione e terapia della Malnutrizione Proteico Energetica secondaria, e va prescritta da medici specialisti su tutto il territorio nazionale a beneficio di pazienti portatori sia di patologie neoplastiche, anche irreversibili, che di patologie non neoplastiche nelle quali la normale alimentazione orale, con cibi naturali è impossibile per sempre o per un periodo limitato di tempo (DGPP)
- Si riconosce l'opportunità dell'interruzione della NAD quando si configura la condizione di "accanimento terapeutico" (DGPP).

- È necessario che una commissione medica identifichi lo stato di "accanimento terapeutico" nel singolo paziente e che discuta quindi l'eventuale interruzione delle cure mediche, inclusa la Nutrizione Artificiale, con il paziente e i tutori legali (DGPP).
- Il ricorso ai Comitati Etici delle Aziende Ospedaliere o delle Aziende sanitarie cui afferisce il paziente ed il personale medico che cura il paziente viene fortemente raccomandato ed auspicato (DGPP).
- Nel caso rappresenti terapia alla fine della vita o nello stato vegetativo permanente la Nutrizione Artificiale dovrà rispondere ai criteri di beneficenza in Medicina o di Medicina Compassionevole e cioè assicurarla/interromperla rispettando le documentate convinzioni etiche del paziente ma anche del suo ambiente di vita (DGPP).

INDICATORI DI EFFICACIA E SICUREZZA

Per monitorare gli effetti della terapia ed il livello organizzativo della NAD è necessario promuovere la raccolta di parametri che consentono di valutare l'efficacia e la sicurezza del processo.

Gli indicatori di efficacia e sicurezza che maggiormente possono essere considerati idonei per la NAD sono:

- i) la misurazione dell'incidenza delle complicanze tecniche, settiche e metaboliche correlate alla NAD;
- ii) la somministrazione di questionari per valutare l'efficacia del programma di addestramento;
- iii) la misurazione dei parametri nutrizionali;
- iv) la somministrazione di questionari per valutare la qualità di vita (DGPP).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 marzo 2010, n. 918

DGR n. 2287 del 29/12/2007 - Progetti di Piano finanziati con risorse vincolate ex art. 34/34 bis della legge 662/96 - Modifica Scheda progettuale 1/A/806/07 "Casa della Salute".

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria congiunta espletata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione e 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:

Con legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, commi 805, 806 e 807, Il Ministero della salute ha istituito un fondo pari a 60,5 milioni di euro per il triennio 2007-2008-2009 da assegnare alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in particolare, per il cofinanziamento anno 2007 i progetti attuativi del Piano sanitario nazionale prevedono una progettazione in materia di "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della salute", "Iniziativa per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato", "Malattie rare" e Implementazione della rete delle Unità Spinali Unipolari".

Le suddette risorse vengano assegnate con decreto del Ministro della salute, su proposta del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

La materiale erogazione delle risorse è subordinata all'adempimento di requisiti tra cui l'adozione formale, da parte delle singole Regioni, dei progetti.

La Regione Puglia con Deliberazioni nn. 2286 e 2287 del 29/12/2007 la Giunta Regionale ha approvato le proposte progettuali relative agli obiettivi di piano anno 2007, contestualmente alla relazione generale redatta in coerenza con i progetti finanziati con risorse vincolate ex art. 34/34 bis della legge 662/96 ed in attuazione dell'art.1, co. 34, c. 806/807 della L. 296/06 - DM 10/07/07.

In particolare per la Linea progettuale "Casa della Salute" ha previsto uno stanziamento di euro 2.280.384,00 ripartito in maniera equitativa per tutte le Aziende Sanitarie Locali.

A ciò si aggiunga che il "Piano Regionale della Salute" (2008-2010), approvato con L.R. 23/2008, ha previsto l'attivazione entro il primo anno di almeno n. 2 Case della Salute per ciascuna ASL pugliese.

Successivamente con Decreto del Ministro della Salute del 25.02.2009 è stato ripartito il fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, che ha previsto una dotazione di euro 969.996,00 per il progetto "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute".

Alla luce del finanziamento previsto dal Ministero si rende necessario apportare modifica alla DGR n.2287 del 29.12.2007 -scheda 1/A/806/07: "La casa della salute" prevedendo la dotazione complessiva di un importo pari a quello erogato dal Ministero.

Va considerato che la Regione Puglia, per il conseguimento degli obiettivi per l'anno 2007, è tenuta ad adempiere agli impegni assunti con il Ministero della Salute realizzando la sperimentazione del modello Casa della Salute sul territorio regionale.

A tal fine il Direttore dell'Area Programmazione ed Assistenza Ospedaliera dell'A.Re.S., Dott. Ettore Attolini, con nota n. 1508 del 18.03.2010 ha comunicato allo scrivente servizio che:

"La Casa della Salute, intesa come la struttura in grado di erogare materialmente nello stesso spazio fisico, anche grazie a collegamenti funzionali, l'insieme delle prestazioni sociosanitarie e di garantire la continuità dell'assistenza con l'ospedale e le attività di prevenzione, viene indicata nel Piano Sanitario Regionale 2008-10 e recepita nei Piani Attuativi Locali (PAL) presentati dalle ASL quale obiettivo strategico del sistema sanitario regionale. Tenuto conto:

- *della necessità di sviluppare un modello sperimentale di funzionamento della Casa della Salute*
- *che la ASL BA, come indicato nella proposta di PAL, ha individuato nel Comune di Casamassima (BA) la sede di una delle Case della Salute da attivare all'interno del proprio territorio*
- *che il finanziamento riconosciuto al progetto 1/A/806/07: "La casa della salute", con il*

Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 25.02.2009 è pari a euro 969.996,00, con cui è stato ripartito il fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale.

Si propone di destinare tale somma interamente alla ASL/BA ai fini dell'attivazione di una Casa della Salute presso il Comune di Casamassima (BA), quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le ASL Pugliesi"

Alla luce delle considerazioni sin qui svolte, trattandosi di mera modifica materiale la cui variazione in aumento di bilancio verrà effettuata a seguito di formale notifica del Decreto Ministeriale del 25.02.2009 con contestuale erogazione delle somme, si ritiene di sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale:

- la modifica della scheda denominata "Casa della Salute" dei Progetti di Piano approvati con D.G.R. n. 2287/2007 prevedendo uno stanziamento complessivo pari ad euro 969.996,00 anziché euro 2.280.384,00.
- di destinare la suindicata somma in favore della ASL BA, a seguito di presentazione del progetto, per la realizzazione di una Casa della Salute del Comune di Casamassima (Ba) secondo quanto previsto dal Piano Attuativo Locale dell'ASL BA, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le ASL pugliesi;
- di incaricare l'Ares Puglia di fornire dettagliate relazioni sulla puntuale realizzazione dell'obiettivo progettuale, consistente nella realizzazione da parte della ASL BA della Casa della Salute, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le Aziende Sanitarie Locali pugliesi.

COPERTURA FINANZIARIA

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né 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, ai sensi delle LL.RR. n. 7/97 e n. 7/2004, 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 del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
- 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 approvare la modifica della scheda 1/A/806/07 denominata "Casa della Salute" dei progetti di Piano approvati con D.G.R. n. 2287/2007 prevedendo uno stanziamento complessivo pari ad euro 969.996,00 anziché euro 2.280.384,00;
- di destinare la suindicata somma in favore della ASL BA, a seguito di presentazione del progetto, per la realizzazione di una Casa della Salute del Comune di Casamassima (Ba) secondo quanto previsto dal Piano Attuativo Locale dell'ASL BA, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le ASL pugliesi;
- di incaricare l'Ares Puglia di fornire dettagliate relazioni sulla puntuale realizzazione dell'obiettivo progettuale, consistente nella realizzazione da parte della ASL BA della Casa della Salute, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le Aziende Sanitarie Locali pugliesi.

1. di incaricare il Servizio PATP di provvedere agli

atti conseguenziali scaturenti dal presente provvedimento;

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

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 marzo 2010, n. 939

D.G.R. n. 2477/2009 - 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. Modifica ed integrazione.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali e confermata 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:

Con Deliberazione n. 2477 del 15/12/2009 la Giunta Regionale ha stabilito i criteri e le procedure per l'attivazione dell'istituto dell'*in house providing*, a modifica della precedente D.G.R. n. 745 del 5/5/2009 ed ha approvato 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".

Pur essendo stata la predetta DGR 2477/2009 istruita dal Direttore dell'Area, momenti successivi di analisi ed approfondimento della problematica hanno coinvolto il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica accanto alle Direzioni delle Aziende ed Istituti del SSR. Pertanto l'Assessore alle Politiche della Salute, con nota prot. n. 24/234/SP del 29 marzo 2010 ha invitato il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ad assicurare,

con gli Uffici afferenti allo stesso Servizio, l'istruttoria del procedimento in oggetto.

Atteso che non tutte le Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale hanno disponibilità di risorse professionali interne, adeguate per esperienza, ruolo ed inquadramento, per affidare l'incarico di amministratore unico della società da costituire, si rende necessario modificare ed integrare il punto 4) "*Requisiti dell'Amministratore unico della Società*" della Sezione "Vincoli e Obiettivi" delle 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, allegate alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2477 del 15/12/2009, come di seguito indicato:

"Deve essere nominato quale Amministratore unico un soggetto interno all'Amministrazione. Ove, per oggettiva carenza di adeguate risorse professionali interne, ciò non fosse possibile, può essere nominato quale Amministratore unico un soggetto esterno all'Azienda Sanitaria o all'Istituto pubblico.

I requisiti che il soggetto esterno da nominare quale Amministratore unico della Società in house deve possedere si riferiscono, oltre che al possesso del titolo di studio (laurea ovvero laurea specialistica per i corsi di nuovo ordinamento), al possesso di titoli post-laurea inerenti le attività affidate alla Società ed all'esperienza professionale maturata in Aziende, Società, Enti pubblici e privati nell'ambito dell'organizzazione e gestione amministrativa e del personale nonché dell'organizzazione e gestione di servizi sanitari nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private.

La nomina dell'Amministratore esterno deve avvenire con procedure ad evidenza pubblica".

Si rende altresì necessario modificare l'art. 15 (*Compensi e rimborsi per l'amministratore*) della Sezione "Contenuti minimi degli Statuti costitutivi delle Società" delle suddette Linee Guida, risultando erroneo il riferimento in esso contenuto all'art. 13, co. 2, in quanto detto art. 13 si compone di un unico comma comunque non attinente all'argomento in questione. Pertanto, l'art. 15 (*Compensi e rimborsi per l'amministratore*) della Sezione "Contenuti minimi degli Statuti costitutivi delle Società" è sostituito come di seguito indicato:

“All’Amministratore Unico, oltre ad un eventuale compenso da determinarsi con provvedimento della Giunta Regionale, spetta il rimborso delle spese effettuate per ragioni d’ufficio”.

“SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI”

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

Il Dirigente di Ufficio
Rossella Caccavo

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 riportata ;
- di modificare ed integrare il punto 4) “Requisiti dell’Amministratore unico della Società” della Sezione “Vincoli e Obiettivi” delle “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”, allegate alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2477 del 15/12/2009, come di seguito indicato:

“Deve essere nominato quale Amministratore unico un soggetto interno all’Amministrazione. Ove, per oggettiva carenza di adeguate risorse professionali interne, ciò non fosse possibile, può essere nominato quale Amministratore unico un soggetto esterno all’Azienda Sanitaria o all’Istituto pubblico.

I requisiti che il soggetto esterno da nominare quale Amministratore unico della Società in house deve possedere si riferiscono, oltre che al possesso del titolo di studio (laurea ovvero laurea specialistica per i corsi di nuovo ordinamento), al possesso di titoli post-laurea inerenti le attività affidate alla Società ed all’esperienza professionale maturata in Aziende, Società, Enti pubblici e privati nell’ambito dell’organizzazione e gestione amministrativa e del personale nonché dell’organizzazione e gestione di servizi sanitari nell’ambito di strutture sanitarie pubbliche o private.

La nomina dell’Amministratore esterno deve avvenire con procedure ad evidenza pubblica”;

- di modificare ed integrare l’art. 15 (*Compensi e rimborsi per l’amministratore*) della Sezione “Contenuti minimi degli Statuti costitutivi delle Società” delle suddette “Linee Guida” come di seguito indicato:

“All’Amministratore, oltre ad un eventuale compenso da determinarsi con provvedimento della Giunta Regionale, spetta il rimborso delle spese effettuate per ragioni d’ufficio”.

- di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Onofrio Introna

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 marzo 2010, n. 940

Potenziamento del Progetto “Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia”. DGR n. 1223 del 13 luglio 2009. Affidamento procedure concorsuali all’ARES. Errata corrige.

L’Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell’istruttoria espletata dal responsabile della A.P. dell’ Ufficio 3 e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione, riferisce quanto segue:

Con provvedimento di Giunta Regionale n. 807 del 23.03.2010 è stato approvato il potenziamento del progetto “sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia DGR 1223/09” affidamento procedura concorsuali all’ARES.

L’allegato “A”, parte integrante del citato provvedimento, relativo allo schema di avviso pubblico, presenta meri errori di trascrizione.

Pertanto, fermo restando tutto quanto approvato con il precedente provvedimento di Giunta n. 807 del 23.03.2010, si ritiene opportuno proporre la sostituzione del succitato allegato “A”, con il nuovo schema di avviso pubblico, composto da n. 5 (cinque) pagine, parte integrante del presente provvedimento, debitamente modificato e, a confermare lo schema di domanda, (allegato “B”) composto di n. 2 (due) pagine, parte integrante del presente provvedimento, già approvato con la DGR 807 del 23.03.2010.

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., dal Responsabile A.P., 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 il nuovo schema di bando, (allegato A) composto di n. 5 (cinque) fogli, parte integrante del presente provvedimento, debitamente modificato che sostituisce lo schema di bando (allegato “A”) approvato con DGR 807 del 23.03.2010 che si intende annullato.

Di confermare lo schema di domanda, (allegato “B”) composto di n. 2 (due) pagine, parte integrante del presente provvedimento, già approvato con la DGR 807 del 23.03.2010.

Di confermare, con il presente atto, tutto quanto approvato nella precedente deliberazione di Giunta regionale n. 807 del 23.03.2010 e non soggetto a modifiche con il presente provvedimento.

Di notificare il presente provvedimento al Direttore Generale dell’ARES a cura del Servizio ATP;

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
Dott. Onofrio Introna

Allegato A

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

Avviso pubblico di selezione per affidamento incarichi temporanei in favore di n.3 (tre) Farmacisti per il potenziamento del progetto di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1223 del 13.07.2009.

Con il presente avviso è indetta una selezione pubblica per colloquio e titoli per il conferimento di n. 3 (tre) incarichi professionali di contratti individuali di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e saranno assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i, per lo svolgimento di attività a supporto dell'ARES per la collaborazione con l'Assessorato alle Politiche della Salute per il progetto di Farmacovigilanza attiva "Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia" approvato con delibera di Giunta n. 1223 del 13.07.2009.

La procedura di valutazione per colloquio e titoli, è intesa a selezionare soggetti idonei a stipulare contratti individuali di lavoro a tempo determinato con impegno orario ridotto (26 ore settimanali), presso l'ARES per la collaborazione con l'Ufficio 3 dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

Requisiti

Per l'ammissione alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- b) diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche;
- c) iscrizione all'albo dell'ordine dei farmacisti attestata da certificato rilasciato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del presente bando;
- d) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- e) tutti i requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande. Il mancato possesso, anche solo di uno dei requisiti prescritti, comporta la non ammissione all'avviso pubblico.

Non sono ammessi a partecipare alla predetta selezione coloro che siano esclusi dall'elettorato politico attivo nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero siano stati dichiarati decaduti da un impiego statale e coloro che siano stati licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti.

L'esclusione dall'avviso pubblico, per difetto dei requisiti, è disposta dal Direttore Generale dell'ARES.

Modalità e termini di presentazione delle domande di partecipazione.

Le istanze di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice secondo il modulo allegato, devono essere indirizzate al Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, via caduti di tutte le guerre n.15 -72100 Bari, e spedite o consegnate, entro il termine perentorio di giorni quindici a decorrere da quello successivo alla data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Le istanze di partecipazione potranno essere consegnate direttamente presso L'ARES via caduti di tutte le guerre n.15 -72100 Bari, quarto piano o spedite a mezzo del servizio postale, mediante raccomandata A.R.

Per le istanze inoltrate a mezzo servizio postale la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dell'eventuale documentazione allegata alla stessa è perentorio e pertanto le domande trasmesse oltre i predetti termini saranno ritenute nulle ad ogni effetto. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Nella domanda di partecipazione alla selezione, debitamente sottoscritta, redatta in carta semplice e senza autenticazione della firma, il concorrente deve indicare, sotto la propria responsabilità, a pena di esclusione:

- cognome e nome, la data, il luogo di nascita, il codice fiscale, la residenza, con l'indicazione della città, provincia, cap., via/piazza e numero civico;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- il Comune nelle cui liste elettorali il candidato è iscritto ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di non aver riportato condanne penali, ovvero le eventuali condanne penali riportate o i procedimenti penali eventualmente pendenti;
- il titolo di studio posseduto, dove lo stesso è stato conseguito e la relativa data;
- specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, dove la stessa è stata conseguita e la data;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero dichiarato decaduto da un impiego statale e licenziato per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
- i servizi eventualmente prestati presso le pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- il domicilio eletto per le comunicazioni, con l'indicazione del numero di avviamento postale ed il recapito telefonico;
- l'autorizzazione all'ARES - al trattamento dei propri dati ai sensi della legge 31.12.96 n° 675, nell'ambito delle proprie attività istituzionali;

Il candidato deve altresì indicare nella domanda tutti i titoli e le attività valutabili ai fini della formulazione della graduatoria.

Gli interessati dovranno avere cura di comunicare immediatamente, con lettera le successive variazioni del domicilio indicato.

L'ARES non assume alcuna responsabilità per eventuali ritardi o disguidi del servizio postale.

Alla domanda di partecipazione, gli aspiranti devono allegare:

- a) diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche;
- b) certificato di iscrizione all'albo dell'ordine dei farmacisti rilasciato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del presente bando;
- c) diploma di specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- d) tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengano opportuno presentare nel proprio interesse, agli effetti della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria, con particolare riferimento ad eventuali titoli specifici posseduti in grado di comprovare la professionalità nello specifico settore e che possano supportare la valutazione della commissione;
- e) un curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto; quanto dichiarato nel curriculum sarà valutato unicamente se supportato da formale documentazione o da regolare autocertificazione;
- f) elenco dei documenti e dei titoli presentati datato e sottoscritto.

I titoli devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale, o copia autenticata o autocertificata a mezzo di dichiarazione sostitutiva, anche contestuale alla domanda, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445.

Per quanto attiene ai titoli per la cui valutazione di merito è necessaria la conoscenza di determinati elementi essenziali, gli stessi, qualora genericamente indicati o resi in forma di autocertificazione, carente di elementi conoscitivi essenziali per l'attribuzione del previsto punteggio, non saranno presi in considerazione.

Selezione dei candidati

La graduatoria dei candidati sarà formulata da una Commissione, nominata dal Direttore Generale dell'ARES.

La Commissione, stabilirà il criterio di attribuzione del punteggio dei singoli candidati.

La Commissione stessa, per la formulazione della graduatoria, dispone complessivamente di

- 1) 20 punti per il colloquio;
- 2) 20 punti per titoli così ripartiti:
 - Titoli di studio e accademici **max 3** punti;
 - Titoli di carriera con particolare riferimento alla formazione specificatamente acquisita sulle tematiche della farmacovigilanza e farmacoeconomia, **max 10** punti;
 - Pubblicazioni scientifiche inerenti alle materie del bando, purchè pubblicate su riviste scientifiche riconosciute a livello nazionale **max 3** punti;
 - Curriculum formativo professionale **max. 4** punti.

La Commissione deve comunque tener conto nell'ambito del punteggio di quanto disposto dal DPR n. 483 del 10.12.1997 "Disciplina concorsuale per il personale dirigente del SSN", così come fissato dalla DGR n.1223 del 13.07.2007.

La graduatoria determinata dalla Commissione è approvata dal Direttore Generale dell'ARES.

Prova d'esame

La Commissione per la formulazione della graduatoria dispone, complessivamente, di un massimo di 20 punti per l'esame colloquio.

Il Colloquio verterà su argomenti di farmacovigilanza e farmacoconomia:

Luogo, giorno ed ora del colloquio verranno resi noti mediante raccomandata a.r. inviata al domicilio eletto per la selezione.

Conferimento dell'incarico

Il conferimento dell'incarico avverrà mediante la stipula di un contratto individuale di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e saranno assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i.

Il predetto contratto sarà stipulato tra il Direttore Generale dell'ARES ed i tre farmacisti utilmente collocato nella graduatoria, i quali saranno invitati, ai fini della stipula del contratto, a presentare, entro 30 gg., in carta legale, i documenti comprovanti il possesso di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione all'avviso, nonché il certificato di idoneità fisica all'impiego, rilasciato dai Servizi di Igiene Pubblica delle Aziende USL.

Il professionista si impegnerà a svolgere tutte le attività connesse al predetto incarico nel rispetto degli indirizzi fissati dai dirigenti responsabili così come individuati nella D.P.R. 1223 del 13 luglio 2009 e nella sede di assegnazione, fatta salva diversa disposizione da parte del Dirigente Responsabile.

Il candidato verrà considerato rinunciatario qualora non si presenti entro il termine fissato e verrà dichiarato decaduto nel caso non produca la documentazione richiesta. In entrambi i casi l'incarico potrà essere conferito mediante scorrimento della graduatoria.

Durata dell'incarico

Gli incarichi conferiti secondo le modalità di cui al presente bando devono essere della durata di 1 anno. Previa valutazione positiva a cura del Direttore Generale dell'ARES, l'incarico può essere rinnovato di anno in anno per un massimo di anni 3 (durata del progetto).

Corrispettivo

Il corrispettivo complessivo forfettario annuo è pari ad Euro 42.000,00. Sul predetto corrispettivo verranno effettuate le ritenute fiscali e contributive obbligatorie che la legge pone a carico dei collaboratori.

Modalità di svolgimento dell'incarico.

Il professionista si impegnerà:

1. a svolgere tutte le attività connesse al predetto incarico nel rispetto degli indirizzi fissati dai dirigenti responsabili così come individuati nella DGR 1223 del 13 luglio 2009;

2. a garantire la esclusività del rapporto di lavoro;
3. ad assicurare la incompatibilità con altre, eventuali, attività lavorative al di fuori dell'orario di lavoro.

L'impegno orario richiesto che dovrà in qualsiasi caso non essere inferiore alle ventisei ore settimanali sarà concordato, sulla base delle esigenze del progetto, con il dirigente responsabile della struttura.

L'impegno orario dovrà essere svolto nella sede di assegnazione, fatta salva diversa disposizione da parte del Dirigente Responsabile della struttura di assegnazione.

Trattamento dei dati personali

Ai fini dell'applicazione della legge n. 675/96 sulla tutela della riservatezza si informa che i dati personali raccolti da questa Azienda, titolare del trattamento, saranno utilizzati per le sole finalità inerenti allo svolgimento della selezione ed alla gestione degli eventuali contratti di collaborazione, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Disposizioni varie

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte il presente avviso senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta.

Per qualsiasi informazione o chiarimento inerente il presente avviso gli interessati potranno rivolgersi alla Dr.ssa Isa Fornelli presso Agenzia Sanitaria Regionale - via Caduti di tutte le guerre 15 - 72100 Bari – tel 080543179.

Allegato "B"

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico professionale di contratto individuale di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e saranno assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i, per lo svolgimento di attività a supporto dell'ARES – Assessorato Politiche della Salute - Bari;

per il progetto di Farmacovigilanza attiva "Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia" approvato con delibera di Giunta n. 1223 del 13.07.2009.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a a _____ il _____ e di essere residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero il motivo della non iscrizione o della cancellazione);
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti (ovvero indicare eventuali condanne riportate o i procedimenti penali pendenti);
- di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____;

- di essere in possesso della seguente specializzazione:
 _____conseguita in data _____ presso
 _____;

- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____;

- di avere/di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

- di non essere incorso nella destituzione o dispensa presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero nella decadenza ai sensi dell'art.127, primo comma, lett. D) del DPR 10.01.1957 n.3;

- di esprimere il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali ai sensi della Legge 31.12.1996 n°675.

Chiede, inoltre, che tutte le indicazioni relative alla selezione vengano inviate al seguente indirizzo:

Via _____ cap _____ Comune di
 _____ Prov _____ tel _____ impegnandosi a
 comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo *che* l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara altresì di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Allega ai fini della ammissione alla selezione, la seguente certificazione autenticata nei modi di legge:

- *diploma di laurea;*
- *certificato di iscrizione all'albo,*
- *diploma di specializzazione;*
- *curriculum professionale;*
- *elenco della documentazione allegata alla domanda.*

Allega la fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Allega i seguenti titoli autenticati nei modi di legge, ai fini della valutazione di merito:

.....

Luogo e data

FIRMA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 marzo 2010, n. 941

Potenziamento del Progetto “Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia”. DGR n. 1223 del 13 luglio 2009. Affidamento procedure concorsuali IRCCS di Bari e Castellana Grotte. Errata corrige.

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

Con provvedimento di Giunta Regionale n. 806 del 23.03.2010 è stato approvato il potenziamento del progetto “sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia DGR 1223/09” affidamento procedura concorsuali agli IRCCS di Bari e Castellana Grotte.

L'allegato “A”, parte integrante del citato provvedimento, relativo allo schema di avviso pubblico, presenta meri errori di trascrizione.

Pertanto, fermo restando tutto quanto approvato con il precedente provvedimento di Giunta n. 806 del 23.03.2010, si ritiene opportuno proporre la sostituzione del succitato allegato “A”, con il nuovo schema di avviso pubblico, composto da n. 5 (cinque) pagine, parte integrante del presente provvedimento, debitamente modificato e, a confermare lo schema di domanda, (allegato “B”) composto di n. 2 (due) pagine, parte integrante del presente provvedimento, già approvato con la DGR 806 del 23.03.2010.

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., dal Responsabile A.P., 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 il nuovo schema di bando, (allegato A) composto di n. 5 (cinque) fogli, parte integrante del presente provvedimento, debitamente modificato che sostituisce lo schema di bando (allegato “A”) approvato con DGR 806 del 23.03.2010 che si intende annullato.

Di confermare lo schema di domanda, (allegato “B”) composto di n. 2 (due) pagine, parte integrante del presente provvedimento, già approvato con la DGR 806 del 23.03.2010.

Di confermare, con il presente atto, tutto quanto approvato nella precedente deliberazione di Giunta regionale n. 806 del 23.03.2010 e non soggetto a modifiche con il presente provvedimento.

Di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali degli IRCCS pubblici di Bari e Castellana Grotte a cura del Servizio A.T.P.;

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
Dott. Onofrio Introna

Allegato A

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

Avviso pubblico di selezione per affidamento incarichi temporanei in favore di n.1 (uno) Farmacista per il potenziamento del progetto di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 1223 del 13.07.2009.

Con il presente avviso è indetta una selezione pubblica per colloquio e titoli per il conferimento di n. 1 (uno) incarico professionale di contratto individuale di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e sarà assoggettato al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i, per lo svolgimento di attività a supporto dell'IRCCS diper il progetto di Farmacovigilanza attiva "Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia" approvato con delibera di Giunta n. 1223 del 13.07.2009. La procedura di valutazione per colloquio e titoli, è intesa a selezionare soggetti idonei a stipulare contratti individuali di lavoro a tempo determinato con impegno orario ridotto (26 ore settimanali), presso l'IRCCS pubblico di

Requisiti

Per l'ammissione alla selezione è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- b) diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche;
- c) iscrizione all'albo dell'ordine dei farmacisti attestata da certificato rilasciato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del presente bando;
- d) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- e) tutti i requisiti di ammissione devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande. Il mancato possesso, anche solo di uno dei requisiti prescritti, comporta la non ammissione all'avviso pubblico.

Non sono ammessi a partecipare alla predetta selezione coloro che siano esclusi dall'elettorato politico attivo nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero siano

stati dichiarati decaduti da un impiego statale e coloro che siano stati licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti.

L'esclusione dall'avviso pubblico, per difetto dei requisiti, è disposto dal Direttore Generale dell'IRCCS

Modalità e termini di presentazione delle domande di partecipazione.

Le istanze di partecipazione all'avviso, redatte in carta semplice secondo il modulo allegato, devono essere indirizzate al Direttore Generale degli IRCCS pubblici die spedite o consegnate, entro il termine perentorio di giorni quindici a decorrere da quello successivo alla data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Le istanze di partecipazione potranno essere consegnate direttamente presso il Direttore Generale degli IRCCS pubblici dio spedite a mezzo del servizio postale, mediante raccomandata A.R.

Per le istanze inoltrate a mezzo servizio postale la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dell'eventuale documentazione allegata alla stessa è perentorio e pertanto le domande trasmesse oltre i predetti termini saranno ritenute nulle ad ogni effetto. La eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetti.

Nella domanda di partecipazione alla selezione, debitamente sottoscritta, redatta in carta semplice e senza autenticazione della firma, il concorrente deve indicare, sotto la propria responsabilità, a pena di esclusione:

- cognome e nome, la data, il luogo di nascita, il codice fiscale, la residenza, con l'indicazione della città, provincia, cap., via/piazza e numero civico;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- il Comune nelle cui liste elettorali il candidato è iscritto ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- di non aver riportato condanne penali, ovvero le eventuali condanne penali riportate o i procedimenti penali eventualmente pendenti;
- il titolo di studio posseduto, dove lo stesso è stato conseguito e la relativa data;
- specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, dove la stessa è stata conseguita e la data;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, ovvero dichiarato decaduto da un impiego statale e licenziato per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e comunque con mezzi fraudolenti;
- i servizi eventualmente prestati presso le pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione dei precedenti rapporti di pubblico impiego;
- il domicilio eletto per le comunicazioni, con l'indicazione del numero di avviamento postale ed il recapito telefonico;
- l'autorizzazione all'IRCCS di - al trattamento dei propri dati ai sensi della legge 31.12.96 n° 675, nell'ambito delle proprie attività istituzionali;

Gli interessati dovranno avere cura di comunicare immediatamente, con lettera le successive variazioni del domicilio indicato.

L' IRCCS pubblico di non assume alcuna responsabilità per eventuali ritardi o disguidi del servizio postale.

Alla domanda di partecipazione, gli aspiranti devono allegare:

- a) diploma di laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche;
- b) certificato di iscrizione all'albo dell'ordine dei farmacisti rilasciato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del presente bando;
- c) diploma di specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- d) tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengano opportuno presentare nel proprio interesse, agli effetti della valutazione di merito e della formulazione della graduatoria, con particolare riferimento ad eventuali titoli specifici posseduti in grado di comprovare la professionalità nello specifico settore e che possano supportare la valutazione della commissione;
- e) un curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto; quanto dichiarato nel curriculum sarà valutato unicamente se supportato da formale documentazione o da regolare autocertificazione;
- f) elenco dei documenti e dei titoli presentati datato e sottoscritto.

I titoli devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa e presentate in originale, o copia autenticata o autocertificata a mezzo di dichiarazione sostitutiva, anche contestuale alla domanda, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445.

Per quanto attiene ai titoli per la cui valutazione di merito è necessaria la conoscenza di determinati elementi essenziali, gli stessi, qualora genericamente indicati o resi in forma di autocertificazione, carente di elementi conoscitivi essenziali per l'attribuzione del previsto punteggio, non saranno presi in considerazione.

Selezione dei candidati

La graduatoria dei candidati sarà formulata da una Commissione, nominata dal Direttore Generale dell' IRCCS pubblico di

La Commissione, stabilirà il criterio di attribuzione del punteggio dei singoli candidati.

La Commissione stessa, per la formulazione della graduatoria, dispone complessivamente di

- 1) 20 punti per il colloquio;
- 2) 20 punti per titoli così ripartiti:
 - Titoli di studio e accademici **max 3** punti;
 - Titoli di carriera con particolare riferimento alla formazione specificatamente acquisita sulle tematiche della farmacovigilanza elaborazione dati e farmacoepidemiologia, **max 10** punti;
 - Pubblicazioni scientifiche inerenti alle materie del bando, purchè pubblicate su riviste scientifiche riconosciute a livello nazionale **max 3** punti;
 - Curriculum formativo professionale **max. 4** punti.

La Commissione deve comunque tener conto nell'ambito del punteggio di quanto disposto dal DPR n. 483 del 10.12.1997 "Disciplina concorsuale per il personale dirigente del SSN", così come fissato dalla DGR n.1223 del 13.07.2007.

La graduatoria determinata dalla Commissione è approvata dal Direttore Generale dell'IRCCS di

Prova d'esame

La Commissione per la formulazione della graduatoria dispone, complessivamente, di un massimo di 20 punti per l'esame colloquio.

Il Colloquio verterà su argomenti di farmacovigilanza:

Luogo, giorno ed ora del colloquio verranno resi noti mediante raccomandata a.r. inviata al domicilio eletto per la selezione.

Conferimento dell'incarico

Il conferimento dell'incarico avverrà mediante la stipula di un contratto individuale di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e saranno assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i.

Il predetto contratto sarà stipulato tra il Direttore Generale dell'IRCCS di..... ed il farmacista utilmente collocato nella graduatoria, il quale sarà invitato, ai fini della stipula del contratto, a presentare, entro 30 gg., in carta legale, i documenti comprovanti il possesso di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione all'avviso, nonché il certificato di idoneità fisica all'impiego, rilasciato dai Servizi di Igiene Pubblica delle Aziende USL.

Il professionista si impegnerà a svolgere tutte le attività connesse al predetto incarico nel rispetto degli indirizzi fissati dai dirigenti responsabili così come individuati nella D.P.R. 1223 del 13 luglio 2009 e nella sede di assegnazione, fatta salva diversa disposizione da parte del Dirigente Responsabile.

Il candidato verrà considerato rinunciatario qualora non si presenti entro il termine fissato e verrà dichiarato decaduto nel caso non produca la documentazione richiesta. In entrambi i casi l'incarico potrà essere conferito mediante scorrimento della graduatoria.

Durata dell'incarico

Gli incarichi conferiti secondo le modalità di cui al presente bando devono essere della durata di 1 anno. Previa valutazione positiva a cura del Direttore Generale dell'IRCCS di, l'incarico può essere rinnovato di anno in anno per un massimo di anni 3 (durata del progetto).

Corrispettivo

Il corrispettivo complessivo forfettario annuo è pari ad Euro 42.000,00. Sul predetto corrispettivo verranno effettuate le ritenute fiscali e contributive obbligatorie che la legge pone a carico dei collaboratori.

Modalità di svolgimento dell'incarico.

Il professionista si impegnerà:

1. a svolgere tutte le attività connesse al predetto incarico nel rispetto degli indirizzi fissati dai dirigenti responsabili così come individuati nella DGR 1223 del 13 luglio 2009;
2. a garantire la esclusività del rapporto di lavoro;
3. ad assicurare la incompatibilità con altre, eventuali, attività lavorative al di fuori dell'orario di lavoro.

L'impegno orario richiesto che dovrà in qualsiasi caso non essere inferiore alle ventisei ore settimanali sarà concordato, sulla base delle esigenze del progetto, con il dirigente responsabile della struttura.

L'impegno orario dovrà essere svolto nella sede di assegnazione, fatta salva diversa disposizione da parte del Dirigente Responsabile della struttura di assegnazione.

Trattamento dei dati personali

Ai fini dell'applicazione della legge n. 675/96 sulla tutela della riservatezza si informa che i dati personali raccolti da questo IRCCS, titolare del trattamento, saranno utilizzati per le sole finalità inerenti allo svolgimento della selezione ed alla gestione degli eventuali contratti di collaborazione, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Disposizioni varie

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte il presente avviso senza che i concorrenti possano accampare pretese o diritti di sorta.

Per qualsiasi informazione o chiarimento inerente il presente avviso gli interessati potranno rivolgersi a.....

Allegato "B"

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE,
DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITA'
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'IRCCS di

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di un incarico professionale di contratto individuale di lavoro a tempo determinato, con impegno orario ridotto (26 ore settimanali) regolato dalla disciplina del C.C.N.L. vigente per l'area della Dirigenza SPTA, e saranno assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'art. 15 del D.L.vo 502/92 e s.m.i, per lo svolgimento di attività a supporto dell'IRCCS di

per il progetto di Farmacovigilanza attiva "Sperimentazione di modelli di sorveglianza della prescrizione dei farmaci e di valutazione della spesa farmaceutica in Puglia" approvato con delibera di Giunta n. 1223 del 13.07.2009.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a a _____ il _____ e di essere residente a _____ in via _____ n. _____ cap _____
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero il motivo della non iscrizione o della cancellazione);
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti pendenti (ovvero indicare eventuali condanne riportate o i procedimenti penali pendenti);
- di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____;

- di essere in possesso della seguente specializzazione:
 _____ conseguita in data _____ presso
 _____;

- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____;

- di avere/di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;

- di non essere incorso nella destituzione o dispensa presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero nella decadenza ai sensi dell'art.127, primo comma, lett. D) del DPR 10.01.1957 n.3;

- di esprimere il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali ai sensi della Legge 31.12.1996 n°675.

Chiede, inoltre, che tutte le indicazioni relative alla selezione vengano inviate al seguente indirizzo:

Via _____ cap _____ Comune di
 _____ Prov _____ tel _____ impegnandosi a

comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo *che* l'IRCCS non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara altresì di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Allega ai fini della ammissione alla selezione, la seguente certificazione autenticata nei modi di legge:

- *diploma di laurea;*
- *certificato di iscrizione all'albo,*
- *diploma di specializzazione;*
- *curriculum professionale;*
- *elenco della documentazione allegata alla domanda.*

Allega la fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Allega i seguenti titoli autenticati nei modi di legge, ai fini della valutazione di merito:

.....

Luogo e data

FIRMA



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**