

REPUBBLICA ITALIANA

**BOLLETTINO**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE PUGLIA**

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

Anno XLII

BARI, 1 LUGLIO 2011

N. 104



*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.

Gli avvisi da pubblicare ai sensi della L.R. n. 11/2001 sono gratuiti.

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;**

**Libreria Casa del Libro - Mandese R. - Viale Liguria, 80 - Taranto.**

<b>SOMMARIO</b>
-----------------

*“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  
21 giugno 2011, n. 1371

**Comune di Castellana Grotte (BA). Piano di Lottizzazione della maglia C1.11 del P.R.G. Delibera di C.C. n° 61 del 24/09/2010. Rilascio Parere Paesaggistico art. 5.03 delle N.T.A. del P.U.T.T./P. Ditta: Persio Nicola e altri**

Pag. 19239

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1372

**Approvazione “accordo quadro tra la Agenzia delle erogazioni in Agricoltura e la Regione Puglia per la collaborazione nel settore Geotopocartografico”**

Pag. 19244

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1373

**Variazione di Bilancio 2011. Somme vincolate rivenienti dall'Accordo di Programma Quadro “Beni e Attività Culturali- I Atto Integrativo. Recupero di € 34.446,49, quale quota parte del contributo concesso al Comune di Tricase per il Comune di Sanarica.**

Pag. 19258

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1374

**Programmi innovativi in ambito urbano denominati “Contratti di Quartiere II”. Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2011. Aumento di stanziamento.**

Pag. 19259

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1376

**Variazione al Bilancio di previsione 2011 ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 13 della L.R. n. 20/2011 - Accredimento quale pagamento finale della Commissione Europea relativa al Progetto “Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation” - Programma Europeo Daphne III.**

Pag. 19260

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1377

**Programma incentivazione LSU - Parziale recupero del finanziamento - Comune di Maglie Definitiva imputazione di somme temporaneamente introitate sul cap. 6153300 e variazione amministrativa concernente il capitolo di entrata 2056000 e il corrispondente capitolo di spesa 953070**

Pag. 19262

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1378

**PIANO 2011 “INTERVENTI IN FAVORE DEI PUGLIESI NEL MONDO” Articoli 10 e 11 della Legge regionale n. 23/2000. Approvazione**

Pag. 19263

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1380

**Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, che sostituisce ed integra le attività e le funzioni della Consulta regionale per la Formazione in Sanità.**

Pag. 19270

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1381

**Modello di accreditamento della formazione continua della Regione Puglia**

Pag. 19273

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1382

**Costituzione Comitato Paritetico di Valutazione per la valutazione, la verifica e il riscontro della attività svolte in attuazione della Convenzione tra la Regione Puglia e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (art. 5). Nomina, per la Regione Puglia, dei referenti per la gestione delle attività previste dalla Convenzione (art. 4).**

Pag. 19293

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
21 giugno 2011, n. 1383

**Partecipazione alla Call for Proposals “European Alliances for Mobile and Mobility Industries and Creative industries” - Approvazione proposta “European Creative Cluster Lab - Managing Networked Creativity to Boost European Competitiveness”**

Pag. 19295

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1384

**Sentenza Corte Costituzionale n. 42/2011 relativa a giudizio di costituzionalità dell'art.3 c.40 della l.r. 40/2007. Adempimenti conseguenti.**

Pag. 19297

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1385

**Deliberazione di Giunta Regionale n. 931 del 10.5.2011 "Adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011. Indirizzi applicativi." Integrazione.**

Pag. 19298

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1387

**ACCORDO STATO-REGIONI-ENTI LOCALI 5 maggio 2011 - Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza. Recepimento.**

Pag. 19300

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1388

**Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Approvazione.**

Pag. 19332

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1389

**Legge Regionale n. 2/2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012". Provvedimenti in materia di riduzione della spesa farmaceutica. Parziale modifica D.G.R. 2789/10.**

Pag. 19346

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1390

**DGR del 30 novembre 2010 n. 2624. Integrazione Piano di rientro in materia di spesa farmaceutica. Regolamentazione distribuzione ossigeno liquido terapeutico domiciliare.**

Pag. 19348

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1391

**Legge Regionale n. 2/2011 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012". Provvedimenti per la riduzione della spesa farmaceutica. Rimodulazione fasce di esenzione dalla spesa farmaceutica per reddito.**

Pag. 19365

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1392

**Direttive per l'applicazione delle norme contenute nel D.P.R. 371/98. Convenzione Nazionale Farmaceutica. Integrazione.**

Pag. 19368

## PARTE SECONDA

*Deliberazioni del Consiglio e della Giunta*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1371

**Comune di Castellana Grotte (BA). Piano di Lottizzazione della maglia C1.11 del P.R.G. Delibera di C.C. n° 61 del 24/09/2010. Rilascio Parere Paesaggistico art. 5.03 delle N.T.A. del P.U.T.T./P. Ditta: Persio Nicola e altri**

L'Assessore Regionale alla Qualità del Territorio Prof.ssa Angela Barbanente sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Attuazione Pianificazione Paesaggistica e confermata dal Dirigente del Servizio Assetto del Territorio riferisce quanto segue.

**Premesso che:**

- Con delibera regionale 15 dicembre 2000 n. 1748, pubblicata sul B.U.R.P.n°6 del 11/1/2001 la Giunta Regionale ha approvato il Piano Urbanistico Territoriale Tematico per il Paesaggio.
- L'art. 5.03 delle N.T.A. del P.U.T.T./P. prevede che i piani urbanistici territoriali tematici, i piani urbanistici intermedi, i piani settoriali di enti e soggetti pubblici e quelli proposti da privati i piani regolatori generali gli strumenti urbanistici esecutivi di iniziativa sia pubblica sia privata, quando prevedono modifiche dello stato fisico o dell'aspetto esteriore dei territori e degli immobili dichiarati di notevole interesse pubblico ai sensi del D.Lvo n°42/2004, o compresi tra quelli sottoposti a tutela dal P.U.T.T./P. non possono essere approvati senza il preliminare rilascio del parere paesaggistico. Il parere paesaggistico viene rilasciato, sia se favorevole, sia se favorevole con prescrizioni, sia se non favorevole, entro il termine perentorio di sessanta giorni, dalla Giunta Regionale previa istruttoria dell'Assessorato Regionale all'Urbanistica.
- Il competente Ufficio del Servizio Assetto del Territorio procede all'istruttoria tecnica della domanda pervenuta e degli atti relativi che viene

sottoposta alla Giunta Regionale per l'esame e le determinazioni di competenza, munita del parere di merito.

- Il predetto parere di merito viene espresso in funzione della verifica dell'ottemperanza delle opere in progetto alle N.T.A. del P.U.T.T./P ed in particolare:
  - agli indirizzi di tutela (art. 2.02) previsti per gli /l'ambiti/o estesi/o interessati/o;
  - al rispetto delle direttive di tutela (art.3.05) e delle prescrizioni di base (prescritte dal P.U.T.T./P o, se presente, dal sottopiano) per gli elementi strutturanti i siti interessati (Titolo III) oppure, sulle motivazioni delle integrazioni-modificazioni apportate (art.5.07);
  - alla legittimità delle procedure;
  - all'idoneità paesaggistico-ambientale e culturale motivata (sia in senso positivo che negativo) delle previsioni progettuali.

*(Documentazione agli atti)*

**Considerato che:**

- Con nota protocollo n° 4051 del 04/03/2011, acquisita al protocollo del Servizio Assetto del Territorio con n°2553 del 15/03/2011, il Comune di CASTELLANA GROTTA (BA) ha trasmesso la richiesta di "parere paesaggistico" ai sensi dell'art. 5.03 delle N.T.A. del PUTT/P, per la realizzazione del Piano di Lottizzazione della maglia C1.11 di cui all'oggetto.
- La documentazione trasmessa risulta costituita dai seguenti elaborati:
  - Allegato A Relazione generale;
  - Allegato B Norme Tecniche di Attuazione;
  - Allegato C Schema di convenzione;
  - Allegato D Titoli di proprietà - estratto autentico di mappa;
  - Allegato E Relazione Finanziaria;
  - Allegato F Relazione di verifica del PUTT "Paesaggio";
  - Relazione geologica e Carta Geolitologica e Geomorfologica
  - Tav 1-Perimetrazione; stralcio catastale, stralcio fotogrammetrico;
  - Tav 2-Stralci urbanistici: planimetria generale, VG al PRG, catastale, aerofotogrammetria;
  - Tav 3-Stato attuale: altimetria;
  - Tav 4-Stato attuale: urbanizzazioni;

- Tav 5-Azzonamento;
- Tav 6-Planimetria di progetto, unità minim d'intervento, sup.lotti, volumetrie, Hmax edifici, distanze dai confini, destinazioni (Sostituita dalla Tav 6 BIS);
- Tav 6-bis-Planimetria di progetto, unità minime d'intervento, sup lotti, volumetrie, Hmax edifici, distanze dai confini, destinazioni, verifica standard urbanistici (sostituisce la Tav.6);
- Tav 8 - tabelle (sostituita dalla Tav. 8 bis);
- Tav 8 bis - Tabelle (sostituisce la tav 8);
- Tav 9 - Proposta frazionamento;
- Tav 10 - Progetto urbanizzazioni primarie particolari costruttivi;
- Tav 11-Progetto Planovolumetrico;
- Tav 12 - Progetto arredo urbano;
- Tav 13 Tipologie edilizie - sezioni e destinazioni d'uso;
- Tav 14 Documentazione fotografica;
- Copia delibera di CC n. 61 del 24.09.2010;

Con nota prot. 3484 del 14/04/2011 il Servizio Assetto del Territorio ha chiesto al Sindaco del Comune di Castellana Grotte documentazione integrativa in ordine al rilascio del parere di cui all'oggetto.

L'Amministrazione Comunale di Castellana Grotte, con nota del 19/05/2011 acquisita al prot. N° 4583 del 30/05/2011 del Servizio Assetto del Territorio, ha trasmesso i seguenti elaborati integrativi:

- Tav 14 integrativa - Documentazione fotografica dello stato dei luoghi;
- Tav 7 integrativa - Progetto: Profili-Sezioni;
- Tav 4 integrativa - Stato attuale Urbanizzazione;
- Tav 6 bis sostitutiva integrativa - Unità minime di intervento, superfici lotti-volumi-h-maxdistanze dai confini destinazioni-verifica standard urbanistici;
- Tav 6 tris integrativa - Progetto: Individuazione tipologie edilizie;
- Tav 16 integrativa - Planimetria di progetto con individuazione dell'assetto viario;

*(Descrizione intervento proposto)*

**Evidenziato che:**

Il programma costruttivo in parola prevede la sistemazione urbanistica mediante un Piano di Lot-

tizzazione per insediamenti residenziali della maglia C1.11 come individuato dal vigente PRG del Comune di Castellana Grotte e tipizzata quale Zona Territoriale Omogenea C1 "Zona Residenziale di Espansione".

In particolare, l'intervento prevede la realizzazione di alloggi per edilizia residenziale (case di tipo plurifamiliare) in quattro lotti edificabili destinati edilizia Economica Popolare ed Edilizia Privata.

Il progetto ricade su aree individuate in catasto al Fg. n° 22 part. 175, Fg. n° 21/A part. 859, 2572, 2825.

La soluzione progettuale proposta si articola secondo i seguenti parametri urbanistico -edilizi più significativi:

• Superficie tipizzate compromesse	mq. 15.291
• Superficie sottoposte al PL	mq. 8.700
• Superficie urbanizzazione prim. e secon.	mq 3.327,5
• I.f.f.	mc/mq 1,26
• Volume di progetto	mc 10.962
• Standard	mq 1.973,16

*(Istruttoria rapporti con il P.U.T.T./P.)*

Per quanto attiene agli Ambiti Territoriali Estesi, dalla documentazione scritto-grafica trasmessa, si evince che l'intervento ricade in un Ambito Territoriale Esteso di tipo B (art. 2.01 delle NTA del PUTT/P).

Gli indirizzi di tutela (art. 2.02 punto 1.3 delle NTA del PUTT/P) per gli ambiti di valore rilevante "B" prevedono la "conservazione e valorizzazione dell'assetto attuale; recupero delle situazioni compromesse attraverso la eliminazione dei detrattori e/o la mitigazione degli effetti negativi; massima cautela negli interventi di trasformazione del territorio".

Per quanto attiene gli Ambiti Territoriali Distinti, elementi strutturanti il territorio, dalla documentazione scritto-grafica trasmessa, si evince quanto segue:

- **Sistema geologico, geomorfologico e idrogeologico:** l'area d'intervento non risulta direttamente interessata da particolari componenti di riconosciuto valore scientifico e/o di rilevante ruolo sull'assetto paesaggistico-ambientale complessivo dell'ambito di riferimento;

- Sistema della copertura botanico-vegetazionale e colturale: l'area d'intervento non risulta interessata da particolari componenti di riconosciuto valore scientifico e/o importanza ecologica, di difesa del suolo, né si rileva la presenza di specie floristiche rare o in via di estinzione né di interesse biologico-vegetazionale;
- **Sistema della stratificazione storica dell'organizzazione insediativa:** l'area d'intervento non risulta interessata da particolari beni storico-culturali di riconosciuto valore o ruolo nell'assetto paesaggistico né l'intervento interferisce, sia pure indirettamente, con beni posizionati all'esterno dell'area d'intervento ovvero con il contesto di riferimento visuale di peculiarità oggetto di specifica tutela;

La documentazione presentata evidenzia altresì che l'intervento progettuale ricade su aree non interessate da altri specifici ordinamenti vincolistici pre-vigenti all'entrata in vigore del P.U.T.T./P. (decreti Galasso, vincolo ex L. 1497/1939, vincolo idrogeologico, vincoli ex art. 1 L. 431/1985 come modificato dall'Art. 142 del D.Lgs 42/2004).

*(Valutazione della compatibilità paesaggistica)*

Entrando nel merito della valutazione esclusivamente paesaggistica dell'intervento in progetto, sulla base della documentazione trasmessa, si rappresenta che l'ambito di riferimento in cui l'intervento andrà a collocarsi risulta posizionato nella periferia Nord-Est del Comune di Castellana Grotte, in una zona già alquanto antropizzata caratterizzata dalla presenza di superfici coltivate e diffusa edificazione e infrastrutturazione.

Il progetto di cui trattasi prevede in particolare la realizzazione di quattro corpi di fabbrica destinati ad edilizia residenziale pubblica e privata organizzati in differenti lotti individuati rispettivamente con le sigle "Lm 3-4", e "Lm 1-2" nella "Tav.n. 06 bis sostitutiva-integrativa", caratterizzati da tipologie residenziali plurifamiliari in linea rispettivamente, così come specificato nella "Tav.n. 06 tris sostitutiva-integrativa Individuazione tipologie edilizie", per i lotti 1 e 4 con quattro piani fuori terra hmax 12,20, per i lotti 2 e 3 tre piani fuori terra hmax 9,73.

Dalla documentazione trasmessa si rileva che le due aree standard ricadenti nell'area d'intervento, destinate a verde, non sono state oggetto di progettazione preliminare che ne indichi l'organizzazione planimetrica delle stesse.

Premesso quanto sopra, si ritiene che in riferimento:

- alla localizzazione dell'intervento questa non contrasta con gli indirizzi di tutela previsti per l'ambito territoriale esteso interessato nonché rispetta le direttive di tutela e le prescrizioni di base fissate dal NTA del PUTT/P per gli elementi paesaggistici strutturanti (titolo III);
- alla specifica soluzione progettuale adottata si rappresenta che questa, per la sua articolazione planovolumetrica, risulta idonea dal punto di vista paesaggisticoambientale e culturale poichè andrà ad operare una trasformazione non significativa dell'attuale assetto paesaggistico dei luoghi. Con riferimento alla specifica individuazione delle aree a standard si rappresenta che l'area destinata ad attrezzatura scolastica è interessata dal versante con prescrizioni di base di cui all'art. 3.09 delle NTA del PUTT/P;
- alle sue caratteristiche tipologiche non risulta pregiudizievole alla qualificazione paesaggistica dell'ambito di riferimento da operarsi successivamente mediante la pianificazione comunale sott'ordinata.

*(Indirizzi e prescrizioni)*

In relazione al parere paesaggistico previsto dall'art. 5.03 delle NTA del PUTT/P, per il progetto proposto, sulla scorta di quanto nel merito evidenziato si ritiene pertanto di poter esprimere **parere favorevole, con le sottoindicate prescrizioni il cui rispetto deve essere verificato in sede di rilascio di autorizzazione paesaggistica.**

- Nelle fasi di progettazione si provveda:
  - al fine di garantire unitarietà ai prospetti dei quattro corpi di fabbrica un linguaggio architettonico e materico di facciata omogeneo, attraverso l'utilizzo degli stessi colori di facciata, di materiali e relativi rivestimenti per ogni singolo corpo di fabbrica ricadente all'interno del Piano di Lottizzazione. I prospetti esterni dei corpi di fabbrica in progetto devono essere intonacati e tinteggiati con coloriture tenui e/o bianche;

- al fine di perseguire la qualità architettonica delle soluzioni progettuali dei (pareti esterne, marcapiani, basamenti, aggetti, pensiline, balconi, parapetti, davanzali, ecc.) si ritiene opportuno non utilizzare elementi decorativi (balaustre, merlature, forme geometriche seriali a rilievo o incise, ecc.) privilegiando contestualmente l'uso di materiali forme e tecnologie locali.
- al fine di consentire lo sviluppo e/o la ricostituzione del patrimonio botanicovegetazionale autoctono a sistemare le aree destinate a verde pertinenziale con specie arboree ed arbustive forestali autoctone. Le alberature di pregio della flora locale devono essere il più possibile preservate o comunque oggetto di svellimento e successivo reimpianto all'interno della stessa area d'intervento.
- al fine di mitigare l'impatto delle opere a farsi si reputa necessario adottare per il migliore inserimento del programma costruttivo in progetto nel contesto paesaggistico di riferimento, le ulteriori seguenti prescrizioni:
  - la sistemazione delle aree esterne (viabilità interna, parcheggi, piazzali, aree di sosta percorsi pedonali, aree a verde attrezzato, ecc) deve avvenire con materiali drenanti o semimpermeabili, autobloccanti cavi, da posare a secco senza impiego di conglomerati cementiti e/o impermeabilizzanti;
  - le recinzioni dei lotti e dei margini dell'area devono essere realizzate evitando l'impiego di calcestruzzo a vista, elementi prefabbricati in cemento, materiali plastici, reti metalliche e simili, privilegiando l'impiego di materiali e di componenti edilizi e di tecnologie costruttive che consentano di recuperare tradizioni produttive e costruttive locali legate ai caratteri ambientali del luogo;
  - le recinzioni private a ridosso degli spazi aperti
    - pubblici (aree a standard) devono essere mitigate da adiacenti siepi di essenze sempreverdi e compatte al fine di percepire una continuità visiva tra gli spazi aperti pubblici verde privato;
    - l'area d'intervento deve essere dotata di sistemi di drenaggio e canalizzazione delle acque meteoriche superficiali per impedire che si verifichino fenomeni incontrollati di accumulo, di ristagno e di erosione del suolo;
  - la pendenza dei tracciati viari (viabilità di piano, percorsi pedonali) deve seguire il più possibile le pendenze naturali del terreno per evitare rilevanti movimenti di terra a danno dell'attuale assetto orografico.
- al fine di migliorare le condizioni di sostenibilità complessiva e anche in applicazione della L.R. n. 13/2008 è necessario prevedere:
  - per la pubblica illuminazione (su viabilità di piano, giardini, parcheggi), impianti a basso consumo e/o ad energie rinnovabili;
  - sistemi di raccolta delle acque meteoriche e eventuali reti idrico-fognarie duali e impianti che riutilizzino acque reflue e tecniche irrigue mirate al risparmio idrico e alla gestione sostenibile delle acque meteoriche, attraverso metodi di depurazione naturale quali il lagunaggio e fitodepurazione finalizzandole anche al sostentamento degli spazi verdi da realizzare opportunamente con specie arboree ed arbustive meno idroesigenti;
  - sistemi per migliorare il microclima esterno e quindi la vivibilità negli spazi esterni mediante la riduzione del fenomeno di "isola di calore", attraverso:
    - la realizzazione e organizzazione degli involucri edilizi (soprattutto per le cortine rivolte ad Ovest) che diano ombra per ridurre l'esposizione alla radiazione solare delle superfici circostanti mediante elementi architettonici, aggetti, schermature verticali integrate con la facciata esterna, schermature orizzontali, pergole, pensiline, coperture fisse a lamelle, pareti verdi, tetti verdi e coperture vegetalizzate ecc. Nello specifico è da escludersi l'utilizzo sui prospetti o su parte di essi di facciate continue riflettenti o facciate ventilate in metallo in quanto contribuiscono a rimettere verso gli altri edifici una notevole quantità di radiazione solare e ad innalzare le temperature superficiali all'esterno;
    - l'impiego di adeguati materiali da costruzione con bassi coefficienti di riflessione;
    - la realizzazione di percorsi pedonali e/o ciclabili in sede propria con pavimentazione costituite da materiali a basso coefficiente di

riflessione per ridurre la temperatura superficiale ed ombreggiate da opportune schermature arbustive/arboree (selezionate per forma e dimensione della chioma) in modo da garantire e favorire la mobilità ciclabile e pedonale nelle ore calde.

- nel caso di utilizzo di “Fonti Energetiche Rinnovabili” per gli edifici di nuova costruzione si potrà inoltre fare riferimento alla Circolare Regionale n.2/2011 (DGR n. 416 del 10/03/2011):
- In fase di cantiere al fine di evitare impatti diretti e/o indiretti sul contesto paesaggistico esistente e sulle sue componenti dovrà essere garantito:
  - il corretto scorrimento e smaltimento delle acque meteoriche superficiali per non compromettere la consistenza del suolo;
  - la limitazione dei movimenti di terra (sbanamenti, sterri, riporti) per non modificare in maniera significativa l’attuale assetto geomorfologico d’insieme e conservare nel contempo l’assetto idrogeologico complessivo delle aree oggetto d’intervento;
  - l’allontanamento e il deposito dei materiali di risulta rivenienti dalle operazioni di scavo nelle pubbliche discariche;
  - l’uso di mezzi di cantiere e la realizzazione di opere complementari (piste di accesso, deposito di materiali, recinzioni, ecc.) che non compromettano le aree attigue a quelle d’intervento;
  - al termine dei lavori lo smantellamento delle opere provvisorie (piste carrabili, accessi ecc...) e il ripristino dello stato dei luoghi al fine di agevolare la ricomposizione dei valori paesistici del sito.

*(Adempimenti finali)*

Il presente provvedimento attiene all’aspetto meramente paesaggistico degli interventi previsti ovvero esplica effetti esclusivamente in applicazione dell’art. 5.03 delle N.T.A. del P.U.T.T./P. fermo restando, nelle competenze dell’Amministrazione Comunale, l’accertamento della rispondenza dell’intervento in progetto alle norme urbanistico-edilizie vigenti e la verifica della conformità dell’intervento in progetto alla strumentazione urbanistica generale vigente.

Vengono fatti salvi dal presente parere paesaggistico l’acquisizione di tutte le ulteriori autorizzazioni e/o assensi, qualora necessari, rivenienti dalle vigenti disposizioni normative in materia sanitaria e/o di tutela ambientale.

Il presente provvedimento appartiene alla sfera delle competenze della Giunta Regionale così come puntualmente definite dall’art. 4 - comma 4 - lettera d) della L.R. 7/97.

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

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

L’Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie sopra riportate, propone alla Giunta l’adozione del conseguente atto finale

**LA GIUNTA**

Udita la Relazione e la conseguente proposta dell’Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell’Ufficio Attuazione Pianificazione Paesaggistica e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

DI APPROVARE la relazione dell’Assessore alla Qualità del Territorio, nelle premesse riportate;

DI RILASCIARE alla Amministrazione Comunale di Castellana Grotte (BA), relativamente al Piano di Lottizzazione della Maglia C1.11 - Zona residenziale C1 dello strumento urbanistico generale di Castellana Grotte, il parere paesaggistico favorevole con prescrizioni, di cui all’art. 5.03 delle NTA del PUTT/Paesaggio, nei termini e con le prescrizioni riportati al punto “Indirizzi e prescrizioni”

fermo restando, per gli interventi esecutivi delle opere previste, l'obbligo di dotarsi di eventuale autorizzazione paesaggistica e ciò prima del rilascio del permesso a costruire stante il regime di tutela diretta gravante sull'area interessata dall'intervento in questione.

DI TRASMETTERE a cura del Servizio Assetto del Territorio in copia il presente provvedimento alla ditta interessata Persio Nicola e altri.

DI TRASMETTERE a cura del Servizio Assetto del Territorio in copia il presente provvedimento completo degli elaborati grafici al Sig. Sindaco del Comune di Castellana Grotte (BA)

DI PROVVEDERE alla pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1372

**Approvazione “accordo quadro tra la Agenzia delle erogazioni in Agricoltura e la Regione Puglia per la collaborazione nel settore Geotopografico”**

L'Assessore all'Assetto del Territorio, prof.ssa Angela Barbanente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Assetto del Territorio, riferisce quanto segue:

**PREMESSO CHE:**

- la Regione ha in corso la realizzazione del proprio Sistema Informativo Territoriale (SIT-Puglia), intervento previsto nell'I Atto Integrativo dell'Accordo di Programma Quadro “in materia di e-government e Società dell'Informazione nella regione Puglia”, la cui attuazione è stata affidata alla Società Tecnopolis CSATA, oggi InnovaPuglia S.p.A., società in house che prevede, tra l'altro, nel proprio oggetto sociale, l'assistenza tecnica finalizzata a supportare dall'interno i pro-

cessi di innovazione della PA regionale nonché le attività per lo sviluppo, la realizzazione, la conduzione e la gestione delle componenti del sistema informativo regionale;

- con la realizzazione del SIT-Puglia la Regione si pone l'obiettivo di costruire un sistema di conoscenze del territorio regionale omogeneo e funzionale alle attività istituzionali proprie e degli Enti Locali, con un più netto orientamento a logiche di sussidiarietà e co-pianificazione, in particolar modo per quanto attiene alle politiche di pianificazione e gestione del territorio e del paesaggio;
- il SIT-Puglia è un sistema complesso che si propone di rispondere ai fabbisogni espressi dagli enti locali mettendo a disposizione una base informativa unica, ufficiale e condivisa, nonché tutti gli strumenti operativi necessari a supportare i processi di pianificazione del territorio, coerentemente con le nuove politiche di decentramento definite a livello regionale, e la definizione delle scelte di programmazione di carattere settoriale;
- la Regione, nel quadro delle proprie competenze istituzionali, promuove e coordina programmi per il consolidamento e l'aggiornamento della base informativa del proprio Sistema Informativo Territoriale, anche attraverso accordi con Enti e Istituzioni regionali e nazionali;
- l'AGEA, ente di diritto pubblico sottoposto alla vigilanza del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, svolge tra l'altro, ai sensi del decreto legislativo 27 maggio 1999 n. 165 art. 3 e successive modificazioni ed integrazioni, le funzioni di Organismo Pagatore dello Stato italiano per l'erogazione di aiuti, contributi e premi comunitari previsti dalla normativa dell'Unione europea, non attribuita ad altri Organismi pagatori (OP) avvalendosi del Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN) nel cui ambito è compreso il sistema informativo territoriale (GIS), comprendente tra l'altro la copertura aerofotogrammetrica dell'intero territorio nazionale;
- il SIAN costituisce un sistema di servizi complesso ed interdisciplinare a supporto degli organi centrali per le funzioni di indirizzo, coordinamento e gestione del settore e coopera con i sistemi con i quali le Regioni e le Province autonome svolgono gli adempimenti di propria competenza nel comparto, disponendo di una infra-

struttura di dati e di servizi in cui sono detenute e costantemente aggiornate le informazioni relative alla conoscenza ed all'utilizzo del territorio, alla consistenza e qualità delle produzioni agricole;

- l'art. 2 comma 2 del DM 26 ottobre 2005 stabilisce che l'AGEA, in coerenza con le linee guida e le direttive del Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie ed il CNIPA (ora DigitPA), promuove o partecipa a progetti aventi gli obiettivi:
  - di razionalizzare l'impegno delle amministrazioni pubbliche tramite la standardizzazione dei processi di erogazione dei servizi di interoperabilità e cooperazione, nonché l'interscambio sistematico dei dati tra soggetti pubblici con l'obiettivo di evitare duplicazioni e ridondanze della erogazione e fruizione dei servizi;
  - di valorizzare i dati, i prodotti ed i servizi delle amministrazioni pubbliche e di agevolare il riuso delle funzioni dalla stesse realizzate;
  - di realizzare servizi a valore aggiunto verso soggetti terzi, anche privati.

#### CONSIDERATO CHE:

- il D.Lgs n. 82/2005, "Codice dell'Amministrazione Digitale", sancisce il principio del "riuso" dei dati generati da ciascuna pubblica amministrazione e delle fruibilità degli stessi, mediante opportune convenzioni, da parte delle altre pubbliche amministrazioni interessate;
- risulta opportuno conseguire omogeneità tra i supporti fotogrammetrici utilizzati per l'attività di programmazione, monitoraggio e controllo sia a livello nazionale che regionale;
- la Regione cura il coordinamento, all'interno del proprio sistema informativo per la gestione ed elaborazione dei dati geografici e la creazione di Data Base topografici, a supporto delle attività di programmazione, pianificazione, gestione e controllo territoriale in ambito urbanistico, trasportistico, agricolo, ambientale, nonché nelle applicazioni in materia di protezione civile, culturali, turistiche, sanitarie e statistiche promuovendo altresì la diffusione della informazione sui dati geografici ed agevolando la loro utilizzazione nelle applicazioni delle altre pubbliche amministrazioni locali del territorio regionale;
- l'Intesa Stato - Regioni -Enti Locali per la realizzazione dei Sistemi Informativi Geografici di

interesse generale, approvata in sede di Conferenza Stato Regioni il 26.9.1996, si pone l'obiettivo di sviluppare interventi coordinati per la realizzazione di basi informative territoriali a copertura dell'intero territorio nazionale per soddisfare esigenze a livello locale, regionale e nazionale;

- l'AGEA e il CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici) quale organo tecnico della conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano hanno stipulato il 10.11.2009 un accordo di collaborazione finalizzato a:
  - favorire la conoscenza e l'utilizzo integrato delle proprie banche dati geotopografiche del territorio italiano;
  - favorire l'uso di tali dati geografici generali nel contesto dei sistemi informativi geografici ai fini della loro utilizzazione in applicazioni geografiche di carattere tematico-settoriale;
  - favorire l'adozione di soluzioni per la condivisione delle informazioni geotopografiche tramite Infrastrutture di Dati Territoriali;
  - concorrere a definire procedure operative per la produzione di dati geotopografici secondo le specifiche definite prima nell'ambito dell'Intesa Stato Regioni Enti Locali sui Sistemi Informativi Geografici di interesse generale del 26 settembre 1996 e ora definite nell'ambito del Comitato per le regole tecniche sui dati territoriali delle pubbliche amministrazioni di cui al decreto MIT del 26 gennaio 2004;
- sussiste la necessità del continuo aggiornamento del quadro conoscitivo geotopografico dei territori regionali, in termini di aggiornamenti ordinari dei dati topografici in collaborazione con gli Enti Locali;
- l'AGEA e la Regione possiedono i necessari know-how e le conoscenze tecnico scientifiche, anche attraverso i propri enti strumentali, per produrre congiuntamente le basi conoscitive e di controllo afferenti al territorio regionale, utili per la pianificazione degli interventi sia in ambito locale che in ambito nazionale;

In relazione a tutto quanto sin qui illustrato si propone alla giunta regionale:

- di fare propri ed approvare i contenuti della narrativa che precede;

- di approvare l'Accordo Quadro con l'Agenzia per le erogazioni in Agricoltura che si allega in uno al presente provvedimento per farne parte integrante, per il raggiungimento degli scopi sopra specificati e se ne propone l'approvazione;
- di procedere alla nomina dei due Responsabili di competenza della Regione, così come previsto dell'art. 7 del citato Accordo, ai fini della costituzione della Commissione per l'attuazione dell'Accordo stesso. In particolare, la Commissione avrà il compito di:
  - definire progetti ed iniziative congiunte da attuarsi mediante la sottoscrizione di Atti Esecutivi,
  - monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti dai singoli Atti esecutivi.
 I Responsabili per la Regione e per l'AGEA saranno costituiti
  - da un referente legale - amministrativo;
  - da un referente tecnico;
- di dare mandato all'Assessore all'Assetto del Territorio e Paesaggio, prof.ssa Angela Barbanente, alla sottoscrizione dell'Accordo Quadro.

**COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N.28/01 e s.m.i..**

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

L'Assessore all'Assetto del Territorio, sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale che rientra nella specifica competenza della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera k della L.R. n° 7/97

**LA GIUNTA**

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore all'Assetto del Territorio;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente responsabile del Servizio Assetto del Territorio;

a voti unanimi e palesi nei modi di legge,

**DELIBERA**

- di fare propri i contenuti della narrativa che precede;
- di approvare l'Accordo Quadro con l'Agenzia per le erogazioni in Agricoltura;
- di dare incarico all'Assessore all'Assetto del Territorio e Paesaggio, prof.ssa Angela Barbanente, alla sottoscrizione dell'accordo;
- di nominare i due componenti regionali della Commissione per l'attuazione del predetto Accordo (così come previsto all'art. 7) nelle persone di:
  - referente legale - amministrativo: Ing. Francesca Pace;
  - referente tecnico: Dott. Tommaso Vinciguerra;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.
- di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

ACCORDO QUADRO TRA LA AGENZIA DELLE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA E LA REGIONE PUGLIA PER LA COLLABORAZIONE NEL SETTORE GEOTOPOCARTOGRAFICO

L'**AGENZIA PER LE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA** (nel prosieguo definita **AGEA**) con sede legale in Roma, via Palestro, 81 Codice Fiscale 97181460581 Partita IVA 06234661004, rappresentata da \_\_\_\_\_

E

la **REGIONE PUGLIA** (nel prosieguo definita Regione) con sede legale in Bari, Lungomare Nazario Sauro n.33, Codice Fiscale 80017210727, rappresentata dall'Assessore all'Assetto del Territorio e Paesaggio, prof.ssa Angela Barbanente, all'uopo autorizzata con DGR n. ----- del -----

**PREMESSO CHE**

- l'AGEA, ente di diritto pubblico sottoposto alla vigilanza del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, svolge tra l'altro, ai sensi del decreto legislativo 27 maggio 1999 n. 165 art. 3 e successive modificazioni ed integrazioni, le funzioni di Organismo Pagatore dello Stato italiano per l'erogazione di aiuti, contributi e premi comunitari previsti dalla normativa dell'Unione europea, non attribuita ad altri Organismi pagatori (OP) avvalendosi del Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN) i cui servizi sono intesi di interesse pubblico ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 30 aprile 1998, n. 173;
- il SIAN costituisce un sistema di servizi complesso ed interdisciplinare a supporto degli organi centrali per le funzioni di indirizzo, coordinamento e gestione del settore e coopera con i sistemi con i quali le Regioni e le Province autonome svolgono gli adempimenti di propria compe-

tenza nel comparto, disponendo di una infrastruttura di dati e di servizi in cui sono detenute e costantemente aggiornate le informazioni relative alla conoscenza ed all'utilizzo del territorio, alla consistenza e qualità delle produzioni agricole;

- in coerenza con il dettato del D.Lgs. N. 173/98, il SIAN si avvale di servizi di interoperabilità e di architetture di cooperazione mediante le quali è consentito, fatti salvi gli opportuni livelli di abilitazione, l'accesso al sistema a amministrazioni centrali e locali, enti, organismi e soggetti privati aventi titolo e interesse, nonché la fruizione di dati detenuti dai predetti soggetti all'interno del sistema stesso;
- il D. Lgs. 29 marzo 2004, n. 99, recante "Disposizioni in materia di soggetti ed attività, integrità aziendale e semplificazione amministrativa in agricoltura" ha attribuito ad AGEA la funzione, prima assegnata al Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, di coordinamento e gestione del Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN);
- l'art. 2 comma 2 del DM 26 ottobre 2005 stabilisce che, per le finalità di cui al precedente comma, l'AGEA, in coerenza con le linee guida e le direttive del Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie ed il CNIPA (ora DigitPA), promuove o partecipa a progetti aventi gli obiettivi:
  - di razionalizzare l'impegno delle amministrazioni pubbliche tramite la standardizzazione dei processi di erogazione dei servizi di interoperabilità e cooperazione, nonché l'interscambio sistematico dei dati tra soggetti pubblici con l'obiettivo di evitare duplicazioni e ridondanze della erogazione e fruizione dei servizi;
  - di valorizzare i dati, i prodotti ed i servizi delle amministrazioni pubbliche e di agevolare il riuso delle funzioni dalla stesse realizzate;
  - di realizzare servizi a valore aggiunto verso soggetti terzi, anche privati;
- l'AGEA ai sensi del D.lgs n. 99/2004, è responsabile del coordinamento e della gestione del Sistema Informativo Agricolo Nazionale – SIAN, nel cui ambito è compreso il sistema informativo territoriale (GIS), comprendente tra l'altro la copertura aerofotogrammetrica dell'intero

territorio nazionale ad uso agricolo ed i tematismi catastali e culturali associati al territorio stesso;

- l'art. 14 comma 10 bis del D.Lgs 99/04, come modificato dall'art 4 del D. L. 9 settembre 2005, n. 182, convertito con legge n. 231/2005, ha disposto che AGEA costituisse una società a capitale misto pubblico-privato, con partecipazione pubblica maggioritaria, alla quale affidare la gestione e lo sviluppo del SIAN;
- in applicazione della suddetta norma, AGEA ha disposto la costituzione di una società di capitali per la gestione e lo sviluppo del SIAN, costituita in data 29 novembre 2005 con la denominazione SIN S.r.l, affidataria ex lege del complesso dei servizi di gestione e sviluppo del Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN) e, per espressa previsione statutaria, competente alla gestione dei servizi erogati tramite il SIAN a favore degli altri Enti ed alla esecuzione delle funzioni delegabili ai sensi del Reg. (CE) n. 1290/2005;
- la legge 24 settembre 2003, n. 268, recante disposizioni in merito ad interventi urgenti a favore del comparto agricolo colpito da eccezionali avversità atmosferiche e dall'emergenza diossina nella Campania, ha previsto, al comma 4 bis dell'articolo 1, il trasferimento all'AGEA dei beni materiali, ed immateriali e dei prodotti acquisiti nell'ambito del Progetto TELAER – progetto sviluppato a fronte di un investimento pubblico e costituito da un sistema di telerilevamento aereo avanzato per la gestione integrata del territorio;
- in esecuzione di quanto deliberato dal proprio Consiglio di Amministrazione nelle sedute del 17 aprile e 18 giugno 2008, AGEA ha concesso in uso i beni materiali ed immateriali ed i prodotti del sistema TELAER alla TELAER s.r.l., Società posseduta dalla SIN s.r.l. per il 51% e da AGEA per il 49%;
- la Regione ha in corso la realizzazione del proprio Sistema Informativo Territoriale (SIT-Puglia), intervento previsto nell'I Atto Integrativo dell'Accordo di Programma Quadro "in materia di e-government e Società dell'Informazione nella regione Puglia", la cui attuazione è sta-

- ta affidata alla Società Tecnopolis CSATA, oggi InnovaPuglia S.p.A., società in house che prevede, tra l'altro, nel proprio oggetto sociale, l'assistenza tecnica finalizzata a supportare dall'interno i processi di innovazione della PA regionale nonché le attività per lo sviluppo, la realizzazione, la conduzione e la gestione delle componenti del sistema informativo regionale;
- con la realizzazione del SIT-Puglia la Regione si pone l'obiettivo di costruire un sistema di conoscenze del territorio regionale omogeneo e funzionale alle attività istituzionali proprie e degli Enti Locali, con un più netto orientamento a logiche di sussidiarietà e co-pianificazione, in particolar modo per quanto attiene alle politiche di pianificazione e gestione del territorio e del paesaggio;
  - il SIT-Puglia è un sistema complesso che si propone di rispondere ai fabbisogni espressi dagli enti locali mettendo a disposizione una base informativa unica, ufficiale e condivisa, nonché tutti gli strumenti operativi necessari a supportare i processi di pianificazione del territorio, coerentemente con le nuove politiche di decentramento definite a livello regionale, e la definizione delle scelte di programmazione di carattere settoriale. Per quanto attiene alla costruzione dei quadri conoscitivi, oltre ai prodotti cartografici di nuova realizzazione e di nuova generazione quali il database topografico, il SIT-Puglia integra e rende disponibili il database degli indicatori socioeconomici; i dati sui flussi di traffico relativi alle principali arterie regionali; la banca dati catastale, censuaria e cartografica, in coerenza con le logiche di decentramento promosse dalla Agenzia del territorio; gli elementi essenziali della pianificazione territoriale, con specifico riferimento ai piani a scala comunale (PUG), provinciale (PTCP) e regionale (Piano Paesaggistico, Carta dei beni culturali, Piano di Assetto Idrogeologico, Piano dei Trasporti, ecc). Il SIT-Puglia promuove la diffusione dell'informazione e dei dati territoriali integrando e rendendo disponibili servizi di consultazione e interrogazione online, servizi di download, servizi wms, servizi di editing online. Per l'attuazione delle procedure amministrative integrate con i dati territoriali, il SIT-Puglia mette a disposizione servizi per la gestione informatizzata

di procedimenti amministrativi, istruzioni tecniche per la predisposizione di Progetti e Piani, strumenti di supporto alla consultazione e all'utilizzo (es. files di esempio strutturati secondo le istruzioni tecniche), modelli funzionali all'analisi spaziale e alla ricostruzione 3D del territorio;

- la Regione, nel quadro delle proprie competenze istituzionali, promuove e coordina programmi per il consolidamento e l'aggiornamento della base informativa del proprio Sistema Informativo Territoriale, anche attraverso accordi con Enti e Istituzioni regionali e nazionali

#### **CONSIDERATO CHE**

- il D.Lgs n. 82/2005, "Codice dell'Amministrazione Digitale", sancisce il principio del "riuso" dei dati generati da ciascuna pubblica amministrazione e delle fruibilità degli stessi, mediante opportune convenzioni, da parte delle altre pubbliche amministrazioni interessate;
- risulta opportuno conseguire omogeneità tra i supporti fotogrammetrici utilizzati per l'attività di programmazione, monitoraggio e controllo sia a livello nazionale che regionale;
- le Regioni e le Province Autonome curano il coordinamento, all'interno dei loro sistemi informativi per la gestione ed elaborazione dei dati geografici, e la creazione di Data Base topografici, a supporto delle attività di programmazione, pianificazione, gestione e controllo territoriale in ambito urbanistico, trasportistico, agricolo, ambientale e della fiscalità locale, nonché nelle applicazioni in materia di protezione civile, culturali, turistiche, sanitarie e statistiche promuovendo altresì la diffusione della informazione sui dati geografici ed agevolando la loro utilizzazione nelle applicazioni delle altre pubbliche amministrazioni locali del territorio regionale;
- sussiste la necessità del continuo aggiornamento del quadro conoscitivo geotopocartografico dei territori regionali, in termini di aggiornamenti ordinari dei dati topografici in collaborazione con gli Enti Locali, nonché del continuo aggiornamento professionale del personale coin-

volto;

- l'Intesa Stato – Regioni - Enti Locali per la realizzazione dei Sistemi Informativi Geografici di interesse generale, approvata in sede di Conferenza Stato Regioni il 26.9.1996, si pone l'obiettivo di sviluppare interventi coordinati per la realizzazione di basi informative territoriali a copertura dell'intero territorio nazionale per soddisfare esigenze a livello locale, regionale e nazionale;
- per dare attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato - Regioni – Enti Locali di cui sopra, è stata valutata utile anche la collaborazione tra gli editori topografici pubblici nella riutilizzo e riproposizione di dati cartografici esistenti per agevolare la diffusione dei dati di base e per migliorarne il grado di utilizzazione da parte della Pubblica Amministrazione;
- l'AGEA e il CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici) quale organo tecnico della conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano hanno stipulato il 10.11.2009 un accordo di collaborazione finalizzato a:
  - favorire la conoscenza e l'utilizzo integrato delle proprie banche dati geotopografiche del territorio italiano;
  - favorire l'uso di tali dati geografici generali nel contesto dei sistemi informativi geografici ai fini della loro utilizzazione in applicazioni geografiche di carattere tematico-settoriale;
  - favorire l'adozione di soluzioni per la condivisione delle informazioni geotopografiche tramite Infrastrutture di Dati Territoriali;
  - concorrere a definire procedure operative per la produzione di dati geotopografici secondo le specifiche definite prima nell'ambito dell'Intesa Stato Regioni Enti Locali sui Sistemi Informativi Geografici di interesse generale del 26 settembre 1996 e ora definite nell'ambito del Comitato per le regole tecniche sui dati territoriali delle pubbliche amministrazioni di cui al decreto MIT del 26 gennaio 2004.
- sussiste la necessità del continuo aggiornamento del quadro conoscitivo del territorio regiona-

le, in termini di monitoraggio, previsione e modellistica ambientale, nonché del continuo aggiornamento professionale del personale della Regione;

- l'AGEA e la Regione possiedono i necessari know-how e le conoscenze tecnico scientifiche, anche attraverso i propri enti strumentali, per produrre congiuntamente le basi conoscitive e di controllo afferenti al territorio regionale, utili per la pianificazione degli interventi sia in ambito locale che in ambito nazionale;

### ***CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE***

#### **Art. 1**

(Valore delle Premesse)

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo.

#### **Art. 2**

(Finalità)

1. Il presente Accordo ha lo scopo di definire le modalità di collaborazione tra la Regione e la AGEA allo scopo di:
  - favorire la conoscenza e l'utilizzo integrato delle proprie banche dati geotopografiche per il territorio afferente l'area di competenza della Regione;
  - favorire l'uso di tali dati geografici generali nel contesto dei sistemi informativi geografici ai fini della loro utilizzazione in applicazioni geografiche di carattere tematico-settoriale;
  - acquisire direttamente i dati cartografici digitali di interesse delle Parti (realizzazione di voli fotogrammetrici, produzione di ortofoto digitali o altre tipologie di dati da telerilevamento);
  - concorrere a definire procedure operative per la produzione di dati geotopografici secondo le specifiche definite prima nell'Intesa Stato Regioni Enti Locali sui Sistemi Informativi Geografici di interesse generale del 26 settembre 1996 e ora definite nel-

l'ambito del Comitato per le regole tecniche sui dati territoriali delle pubbliche amministrazioni di cui al decreto MIT del 26 gennaio 2004;

- concorrere a definire le procedure operative per l'individuazione delle aree che richiedono un aggiornamento delle informazioni cartografiche demaniali e/o catastali da risolvere in concorso con gli Enti competenti.

2. Il presente Accordo è regolato:

- da quanto previsto nell'Accordo stesso;
- dalle disposizioni contenute nei singoli Atti Esecutivi di cui al successivo art. 3;
- da tutte le disposizioni di legge applicabili.

### **Art. 3**

(Atti esecutivi)

1. Le finalità oggetto del presente Accordo saranno perseguite mediante la sottoscrizione di appositi Atti Esecutivi che esporranno le attività da porre in essere, la durata ed il piano di esecuzione delle attività, le modalità di esecuzione dei servizi.
2. Tali Atti Esecutivi verranno predisposti dai Responsabili dell'Accordo di cui all'art. 5 e verranno sottoscritti, previa l'adozione dei necessari provvedimenti, per la Regione dalle strutture interne di volta in volta competenti e per quanto riguarda AGEA, dalla stessa, ovvero dalla SIN S.r.l. o dalla Telaer S.r.l., in funzione dell'oggetto di ciascuna specifica iniziativa, previa autorizzazione dell'AGEA stessa.

### **Art. 4**

(Gestione dei dati territoriali)

1. I materiali e i data base geografici prodotti ai sensi del presente Accordo e degli Atti Esecutivi di cui all'art. 3, saranno di proprietà congiunta della AGEA e della Regione con ampia

- facoltà di utilizzazione degli stessi per i propri fini istituzionali.
2. Tra la AGEA e la Regione - fermo restando la proprietà piena ed esclusiva delle parti relativamente alle rispettive banche dati geotopografiche e territoriali, ai rilievi fotogrammetrici e ai documenti cartografici forniti per la realizzazione dei servizi previsti dal presente Accordo – si conviene che il diritto d’uso di tali dati, da parte dell’ente non proprietario, è regolamentato come segue:
    - la Regione potrà far utilizzare i dati agli Enti Locali e Strumentali aventi sede nel territorio della Regione medesima (Province, Comuni, Agenzie e Aziende Pubbliche, Enti Parco e Comunità Montane e/o aggregazioni di Comuni) e a tutti i soggetti che, operanti a qualsiasi titolo sul territorio regionale, si avvalgono dei servizi messi a disposizione dal SIT-Puglia;
    - la AGEA potrà far utilizzare i dati a tutti i soggetti pubblici che, operanti a qualsiasi titolo nel comparto agricolo e agroalimentare, si avvalgono dei servizi messi a disposizione dal SIAN.
  3. I dati di cui al comma 1, inoltre, potranno essere ceduti ad altre Amministrazioni ai fini del D.Lgs n. 82/2005, “Codice dell’Amministrazione Digitale”, che sancisce il principio del “riuso” dei dati generati da ciascuna pubblica amministrazione e delle fruibilità degli stessi, mediante opportune convenzioni da parte delle altre pubbliche amministrazioni interessate.

### **Art. 5**

#### (Responsabili)

1. Vengono nominati quattro Responsabili del presente Accordo, due dalla Regione, e due dall’AGEA.
2. I Responsabili formeranno una Commissione che ha la funzione di favorire e attuare l’Accordo dal punto di vista tecnico e di verificarne il rispetto di quanto in esso previsto, dal punto di vi-

sta legale ed amministrativo.

3. La Commissione avrà, in particolare, il compito di:
  - analizzare le attività poste in essere nei singoli Atti esecutivi;
  - proporre modifiche o integrazioni degli allegati tecnici dei singoli Atti esecutivi;
  - verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dai singoli Atti esecutivi;
  - definire progetti ed iniziative congiunte.
4. Detti Responsabili sono:
  - per la Regione:
    - referente legale - amministrativo:
    - referente tecnico:
  - per l' AGEA:
    - referente legale – amministrativo: Dott.
    - referente tecnico (SIN Srl): Dott.

#### **Art. 6**

(Relazione Finale)

1. I responsabili, di cui all'Art. 5, tre mesi prima della scadenza naturale dell'Accordo, presenteranno congiuntamente una dettagliata relazione sullo stato di esecuzione dell'Accordo medesimo, formulando proposte per eventuali modifiche e/o integrazioni da apportare.

#### **Art. 7**

(Durata)

1. Il presente Accordo ha la durata di 3 anni dalla data della stipula ed é escluso il tacito rinnovo. La scadenza del Protocollo non pregiudica la regolare esecuzione delle attività in corso. Il rinnovo, anche per un periodo di diversa durata, può essere chiesto per iscritto entro tre mesi

prima della scadenza da una delle due parti e per avere effetto deve essere accettato per iscritto dall'altra parte entro 60 giorni dalla data della suddetta richiesta.

#### **Art. 8**

(Riservatezza)

1. La Regione e l'AGEA si impegnano a mantenere il segreto professionale sulle informazioni, notizie e dati, anche personali, inerenti l'attività svolta e ad operare nel pieno rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. in materia di trattamento dei dati personali.
2. La Regione e l'AGEA, ciascuna per quanto di propria competenza, garantiscono che Innova-Puglia S.p.A., SIN S.r.l. e TELAER S.r.l. saranno vincolate dagli stessi obblighi di riservatezza previsti dal presente articolo.

#### **Art. 9**

(Controversie)

1. Competente esclusivo per ogni controversia che possa nascere in ordine all'interpretazione del presente Accordo è il Tribunale di Roma.

Letto, approvato e sottoscritto

Roma, lì

Per la Regione

Per la AGEA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1373

**Variazione di Bilancio 2011. Somme vincolate rivenienti dall'Accordo di Programma Quadro "Beni e Attività Culturali- I Atto Integrativo. Recupero di € 34.446,49, quale quota parte del contributo concesso al Comune di Tricase per il Comune di Sanarica.**

L'Assessore alla Qualità del Territorio e ai Beni Culturali, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile dell'A.P. "Beni Librari" e confermata dal Dirigente del Servizio Beni Culturali, riferisce quanto segue:

premessi:

che, nel piano finanziario approvato con la D.G.R. n.554 del 31.03.05 è inserito nel "Sistema delle Biblioteche" - tra gli altri - l'intervento inerente il progetto "Sistema Bibliotecario del Sud Salento", avente come soggetto attuatore lo stesso Comune capofila di Tricase, per un importo di € 3.898.537,00 finanziato con Delibera CIPE n.17/03, giusto capitolo di spesa n.1143045 del bilancio regionale 2005;

che nell'ambito del finanziamento di cui al progetto in questione, il Comune di Sanarica, inserito tra i Comuni della gestione associata, è risultato beneficiario di un primo contributo di € 87.190,35 oltre la quota parte di cofinanziamento di € 15.973,81;

che, lo stesso Comune ha utilizzato quota parte del finanziamento per l'esecuzione di lavori di manutenzione straordinaria e l'eliminazione delle barriere architettoniche dell'immobile di proprietà Comunale destinato a sede della biblioteca;

che, successivamente all'esecuzione dei lavori, il Comune di Sanarica, con propria deliberazione consiliare, ha inserito detto immobile tra quelli soggetti ad alienazione, in contrasto con quanto stabilito nel disciplinare sottoscritto tra Regione Puglia e i beneficiari finali del finanziamento;

che, con Determinazione n.129 del 3.11.2010, il Comune di Sanarica ha preso atto della necessità di restituire alla Regione Puglia la somma di € 34.446,49, dalla stessa erogata e relative alla esecuzione delle opere edili e di quelle connesse con le

relative spese tecniche, in quanto l'edificio oggetto dell'intervento è stato inserito tra quelli soggetti ad alienazione;

che, con Determinazione Dirigenziale n.34 del 7.2.11 si è provveduto a recuperare la suddetta somma erogata al Comune di Sanarica per il tramite del Comune capofila di Tricase;

considerato:

che, con nota prot. n.AOO\_116 6617/ETR del 26 aprile 2011, il Servizio Bilancio Ragioneria ha comunicato di aver incamerato al capitolo 6153300/11 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" P.d.G. emettendo reversale d'incasso singola n.2560/11 Accertamento n.191/11 di pari importo, la somma di € 34.445,49 da parte del Comune capofila di Tricase, in attesa di reinscrizione in apposito capitolo di competenza;

Con il presente atto, ai sensi dell'art.42 della L.R. 28/2001, si rende necessario apportare una variazione al Bilancio 2011, prelevando la somma di € 34.445,49 dal capitolo n. 6153300/11, al fine di iscrivere tale somma, in termini di competenza e di cassa, sul capitolo di entrata n.2053411 e sul corrispondente capitolo di spesa n. 1143045, per la successiva utilizzazione.

#### **COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI**

- Regolarizzazione contabile della somma di € 34.445,49 riscossa in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione con la reversale n. 2560/11;
- La conseguente variazione al Bilancio 2011, ai sensi dell'art. 42 della L.R. 28/01 c.s.:

**Parte entrata** Cap. 2053411 U.P.B. 6.3.5 + € 34.445,49, in conto competenza e cassa;

**Parte spesa** Cap. 1143045 U.P.B. 6.3.5 in conto competenza e cassa.

Il presente atto è di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, c. 4, lett. k) della L.R.n.7/97 e dell'art. 8 della L.R.22/79.

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

**LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Qualità del Territorio e ai Beni Culturali;

Vista la dichiarazione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore e dal Dirigente del Servizio Beni Culturali;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

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

- 1) Di dare mandato al Servizio Ragioneria di effettuare le registrazioni contabili ai sensi dell'art. 42 della L.R. 28/01, in termini di competenza e di cassa, operando la variazione in aumento al bilancio 2011, iscrivendo le maggiori risorse ammontanti ad € 34.445,49 nei capitoli di entrata n. 2053411 e di spesa n. 1143045, giusta nota del Servizio Bilancio Ragioneria prot. n. AOO\_116 6617/ETR del 26 aprile 2011.
- 2) di trasmettere il seguente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi dell'art.13 della L.R. 20/2010.
- 3) di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1374

**Programmi innovativi in ambito urbano denominati "Contratti di Quartiere II". Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2011. Aumento di stanziamento.**

L'Assessore alla Qualità del Territorio, prof.ssa Angela Barbanente, sulla base dell'istruttoria esple-

tata dall'Ufficio, di seguito esplicitata, confermata dal Dirigente d'Ufficio e dal Dirigente del Servizio Politiche Abitative, riferisce:

- Il Servizio Bilancio -Ragioneria, con nota prot. n.116/7658/ETR del 12/5/2011 ha comunicato che il Banco di Napoli, in qualità di Tesoriere regionale, con il provvisorio di entrate n. 1691 del 14/4/2011 ha richiesto l'emissione della reversale di incasso della somma di € 1.364.758,02 accreditata dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti per finanziare i programmi innovativi in ambito urbano denominati "Contratti di Quartiere II".

Al fine della emissione della relativa reversale di incasso, trattandosi di nuove assegnazioni vincolate a scopi specifici da parte dello Stato, non iscritte nella parte Entrate del bilancio di previsione corrente, occorre provvedere alla variazione di aumento di stanziamento del bilancio 2011 con l'iscrizione della somma di € 1.364.758,02 negli stati di previsione dell'entrata e della spesa, ai sensi della L.R. n. 28/2001, art. 42, c.1 e della L.R. n. 20/2010, art. 13, c.1.

**COPERTURA FINANZIARIA**

Il presente provvedimento comporta variazione di aumento di stanziamento del bilancio 2011 con l'iscrizione negli stati di previsione dell'entrata e della spesa della somma di € 1.364.758,02, derivante da assegnazione vincolata a scopo specifico da parte dello Stato.

**Entrata: Capitolo 2057450** "Contribuzione finanziaria dello Stato al programma nazionale denominato Contratto di Quartiere II"-D.M. 30/12/2002 - L. n. 21/2001 € **1.364.758,02**

**Uscita: Capitolo 411012** "Contribuzione finanziaria dello Stato al programma nazionale denominato Contratto di Quartiere II"-D.M. 30/12/2002 - L. n. 21/2001 € **1.364.758,02**

Vista la L.R. n. 7 del 4/2/97, art. 4, comma 4, punto k)

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

**LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Qualità del Territorio;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente di Servizio;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

- Di fare propria ed approvare la relazione che precede;
- di apportare la variazione di aumento di stanziamento al bilancio di previsione 2011, con l'iscrizione negli stati di previsione dell'entrata e della spesa della somma di € 1.364.758,02, derivante da assegnazione vincolata a scopo specifico da parte dello Stato, nel rispetto della normativa prevista dalla L.R. n. 28/01 in materia di contabilità regionale e della L.R. n. 20/2010, art. 13, comma 1.

**Entrata: Capitolo 2057450** "Contribuzione finanziaria dello Stato al programma nazionale denominato Contratto di Quartiere II"-D.M. 30/12/2002 - L. n. 21/2001 € **1.364.758,02**

**Uscita: Capitolo 411012** "Contribuzione finanziaria dello Stato al programma nazionale denominato Contratto di Quartiere II"-D.M. 30/12/2002 - L. n. 21/2001 € **1.364.758,02**

- di autorizzare il Servizio Bilancio -Ragioneria ad effettuare i conseguenti adempimenti di competenza.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1376**

**Variazione al Bilancio di previsione 2011 ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 13 della L.R. n. 20/2011 - Accreditamento quale pagamento finale della Commissione Europea relativa al Progetto "Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation" - Programma Europeo Daphne III.**

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politica per le persone e le famiglie, confermata dalla Dirigente ad interim dello stesso Ufficio e dalla Dirigente ad interim del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità, riferisce quanto segue.

Con la deliberazione di Giunta Regionale n. 117 del 03.02.2009 ad oggetto "**Programma Europeo Daphne III (2007-2013)** - Call for proposals JLS/DAP/2007-1. Ratifica Candidatura della Regione Puglia ente capofila del Progetto Services for women victims of violence: analysis of trends and impact evaluation - Approvazione del Budget di progetto rimodulato" con la quale, fra l'altro, si dà atto dell'avvenuta approvazione della predetta proposta progettuale da parte del Dipartimento Giustizia, Libertà e Sicurezza della Commissione Europea e alla ratifica dell'Atto di convenzione (Grant agreement), firmato dal rappresentante autorizzato dalla medesima Commissione europea e dal rappresentante del raggruppamento regionale On. Dr. Nicola Vendola.

La Regione Puglia quale ente capofila e coordinatore di un partenariato italiano ed europeo costituito dalle Province pugliesi, Synergia s.r.l. -Milano, Cap Sciences humaines -Namur (Belgio), Farapi SL Consultancy of Applied Anthropology - San Sebastian (Spagna), DASS - Ministre Region Wallone (Belgio) quali soggetti attuatori cobeneficiari e cofinanziatori e dalla Commissione regionale Pari Opportunità, Consulta regionale femminile e Consigliera regionale di Parità quali soggetti cofinanziatori, come indicato nella richiamata deliberazione di Giunta Regionale n. 117/2009 e risultante beneficiaria di un finanziamento pari ad € 198.399,75 da parte della Commissione Europea per l'attuazione del predetto Progetto, di cui la somma di € 138.879,83 è stata

accertata e riscossa con la reversale d'incasso n. 5720/09 di pari importo.

La Commissione Europea con nota JLS/B3 / RM / AMG D(2010) 974409 del 20.12.2010 ha comunicato di aver provveduto all'accreditamento in favore della Regione Puglia della ulteriore somma di € 49.687,82 quale pagamento finale del finanziamento relativo al predetto Progetto di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 117/2009.

Il Servizio Ragioneria ha provveduto ad introitare la suddetta somma di € 49.687,82 con la reversale n. 11697/10 imputata provvisoriamente al capitolo 6153300/10 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" che occorre necessariamente regolarizzare al pertinente capitolo 2037268 risultante privo di stanziamento.

Pertanto, con il presente provvedimento si propone di provvedere alla regolarizzazione contabile della reversale n. 11697/10 imputata provvisoriamente al capitolo 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" e di competenza del capitolo 2037268 e alla conseguente variazione, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 13 della L.R. n. 20/2010, al bilancio di previsione corrente, così formulata:

#### A. Parte I - Entrata -

Variazione in aumento

U.P.B. 2.1.17

**Cap. 2037268** Assegnazione della Commissione Europea per il Progetto "Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation" - Programma Europeo Daphne III (2007-2013)

**Competenza** € 49.687,82

**Cassa** € 49.687,82

#### B. Parte II - Spesa

Variazione in aumento

U.P.B. 5.1.2

**Cap. 781085** Spese per l'attuazione del Progetto "Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation" - Programma Europeo Daphne III (2007-2013)

**Competenza** € 49.687,82

**Cassa** € 49.687,82

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI L.R. 16 NOVEMBRE 2001 N. 28 E S.M.I.

Il presente provvedimento comporta la regolarizzazione contabile della reversale n. 11637/10 imputata provvisoriamente al capitolo 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" e di competenza del capitolo 2037268 - UPB 2.1.17 e conseguente variazione, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 13 della L.R. n. 20/2010, al bilancio di previsione corrente, come innanzi formulato.

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

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

#### LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dall'Alta Professionalità dell'Ufficio, dal Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

#### DELIBERA

- di rendere atto di quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;

- di provvedere alla regolarizzazione contabile della reversale n. 11697/10 imputata provvisoriamente al capitolo 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" e di competenza del capitolo 2037268 e alla conseguente variazione, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 13 della L.R. n. 20/2010, al bilancio di previsione corrente così formulata:

#### A. Parte I - Entrata

Variazione in aumento

U.P.B. 2.1.17

**Cap. 2037268** Assegnazione della Commissione Europea per il Pro-

getto "Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation" - Programma Europeo Daphne III (2007-2013)

**Competenza** € 49.687,82  
**Cassa** € 49.687,82

#### B. Parte II - Spesa

Variazione in aumento

U.P.B. 5.1.2

**Cap. 781085** Spese per l'attuazione del Progetto "Services for women victims of violence: analysis of trend and impact evaluation" - Programma Europeo Daphne III (2007-2013)

**Competenza** € 49.687,82  
**Cassa** € 49.687,82

- di demandare alla Dirigente ad interim del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità ogni altro adempimento attuativo;
- di trasmettere il presente provvedimento al Consiglio Regionale ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 20/2010;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento, nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1377

**Programma incentivazione LSU - Parziale recupero del finanziamento - Comune di Maglie Definitiva imputazione di somme temporaneamente introitate sul cap. 6153300 e variazione amministrativa concernente il capitolo di entrata 2056000 e il corrispondente capitolo di spesa 953070**

L'Assessore al Welfare dott.ssa Elena Gentile, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Istruttore

Carmela Rubino verificata e confermata dal Responsabile P.O. sig.ra Maria Luisa Monfreda e dal Dirigente del Servizio Luisa Anna Fiore, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- con deliberazione n. 1191/2010 la Giunta Regionale ha previsto un contributo a favore dei Comuni per consentire un aumento orario dell'utilizzo dei lsu di massimo 16 ore settimanali previa presentazione di apposito progetto;
- con Atti Dirigenziali nn.rr. 718 e 565 del 2010 si è provveduto a liquidare al comune di Maglie la somma di € 64.155,52 quale anticipazione del contributo per l'aumento orario dei lsu impegnati nel progetto presentato dal comune, con riserva di liquidare il saldo a conclusione del progetto con rendicontazione delle ore effettivamente lavorate;
- a seguito della rendicontazione delle ore effettivamente prestate dai lsu del comune di Maglie, è risultato un costo totale del progetto pari a € 61.406,92 e quindi inferiore all'importo liquidato come anticipo;
- con D.D. 94 del 22/02/2011 si è reso necessario procedere al recupero di € 2.748,60 quale differenza tra anticipazione liquidata e costo complessivo del progetto rendicontato;
- il comune di Maglie, con mandati di pagamento n. 808 e n. 809 emessi in data 07/04/2011, ha provveduto a versare l'importo di € 2.748,60 in favore della Regione Puglia;
- con nota prot. 6935 del 29/04/2011 l'Ufficio Entrate del Servizio Bilancio e Ragioneria ha comunicato a questo Servizio di aver imputato al cap. 6153300/2011 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" con la reversale n. 2771/11 la somma di € 2.748,60, in attesa di riscrivere tali risorse nel capitolo di competenza.

Tanto premesso si rende necessario procedere alla regolarizzazione contabile delle somme complessivamente riscossa pari a € 2.748,60 e apportare, ai sensi dell'art. 13 L.R. 20/2010 e dell'art. 72 della L.R. n.28/2001, la conseguente variazione in aumento al Bilancio regionale 2011 con imputazione di somme temporaneamente introitate sul capitolo n.6153300 e da iscrivere, in termini di

competenza e cassa, sul capitolo di entrata 2056000 e sul corrispondente capitolo di spesa 953070.

**COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R.28/01 E SUCC. MOD.**

Somme riscosse imputate sul cap. di entrata 6153300/2011 in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione.

Il presente provvedimento comporta la seguente variazione di bilancio in termini di competenza e cassa:

U.P.B. 2.1.19

**PARTE ENTRATA**

Cap. 2056000	Variazione in aumento	
	Assegnazione statale a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999	
<b>Competenza</b>		<b>+ € 2.748,60</b>
<b>Cassa</b>		<b>+ € 2.748,60</b>

U.P.B. 2.5.2

**PARTE SPESA**

Cap. 953070	Variazione in aumento Spesa a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999 - Fondo per l'Occupazione	
<b>Competenza</b>		<b>+ € 2.748,60</b>
<b>Cassa</b>		<b>+ € 2.748,60</b>

Il presente provvedimento rientra nella categoria atti di competenza della G.R., ai sensi della L.R. 7/97, art. 4, co.4, lett. K) e della deliberazione di G.R. n.3261/98, l'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie innanzi illustrate, propone alla Giunta Regionale l'approvazione del conseguente atto finale.

**LA GIUNTA REGIONALE**

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

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte dell'istruttore, dalla Responsabile P.O. e dal dirigente del Servizio che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

- 1) di prendere atto e di approvare quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;
- 2) di apportare, ai sensi dell'art. 13 L.R. 20/2010 e dall'art. 72 della L.R. 28/2001, in termini di competenza e cassa, la variazione in aumento al bilancio 2011 iscrivendo le maggiori risorse ammontanti a € 2.748,60 nei capitoli di entrata n. 2056000 e di spesa n. 953070;
- 3) di autorizzare il Servizio Bilancio e Ragioneria a provvedere alla regolarizzazione contabile della somma rimborsata;
- 4) di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1378

**PIANO 2011 "INTERVENTI IN FAVORE DEI PUGLIESI NEL MONDO" Articoli 10 e 11 della Legge regionale n. 23/2000. Approvazione**

L'Assessore al *Welfare*, sulla base dell'istruttoria espletata dall'AP *Sistema degli interventi e gestione del network dei pugliesi nel mondo* e confermata dalla dirigente del Servizio *Pugliesi nel Mondo*,

**Vista** la Legge regionale 31 dicembre 2010 n. 20 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale 2011-2013" che riporta nelle previsioni di spesa assegnata all'UPB 2.6.1 un importo di € 200.000,00 a valere sul capitolo 941010 *Interventi a favore dei pugliesi nel mondo*;

**Vista** la DGR n. 320 dell'1.03.2011, avente ad oggetto: *“Legge regionale n. 23/2000 -Piano 2011 “Interventi in favore dei pugliesi nel mondo”*. *Approvazione stralcio per la realizzazione di Azioni di diretta iniziativa regionale per la promozione della Puglia nel mondo e schema di convenzione”* che definisce l'esecuzione di progetti ed eventi culturali con una assegnazione finanziaria di € 30.000,00 a carico del capitolo 941010 esercizio finanziario 2011;

**Vista** la DGR n. 511 del 22.03.2011, avente ad oggetto: *“Legge regionale n. 23/2000 -Piano 2011 “Interventi in favore dei pugliesi nel mondo”*. *Approvazione stralcio per la realizzazione di Azioni di diretta iniziativa regionale programma L'EMIGRAZIONE PUGLIESE E L'UNITA' D'ITALIA*. *Approvazione bando fotografico”* che si compone di una serie di eventi e progetti aventi carattere culturale e di approfondimento del tema in questione, alcuni dei quali già definiti e realizzati, altri in fase di progettazione, con una assegnazione finanziaria pari ad € 30.000,00 a carico del capitolo 941010 esercizio finanziario 2011;

**Accertata** la possibilità di utilizzo della somma residua di € 160.000,00 con imputazione su detto capitolo di spesa per l'esercizio finanziario corrente;

riferisce quanto segue:

l'art. 10 della legge regionale 11 dicembre 2000, n. 23 *“Interventi a favore dei pugliesi nel mondo”*, prevede l'elaborazione di Piani annuali a favore dei pugliesi nel mondo con l'evidenziazione delle iniziative e dei progetti di interesse regionale.

Le deliberazioni di Giunta regionale citate in precedenza hanno approvato due stralci del Piano complessivo, in funzione dell'esigenza di dar corso alle suddette iniziative nei tempi dovuti.

Il Piano annuale prescritto dagli articoli 10 e 11 della L.r. 23/2000 che si va in questa sede a proporre comprende, pertanto, le suddette azioni di diretta iniziativa regionale.

Occorre premettere che si registra, per il secondo anno consecutivo, una riduzione delle risorse finanziarie assegnate ai capitoli di Bilancio e rese disponibili per l'attuazione del programma degli interventi rivolti ai *“pugliesi nel mondo”*. Il dato impone

una revisione accurata dell'intera struttura del Piano rispetto allo schema osservato nel precedente quinquennio 2005-2009 i cui Piani annuali erano articolati in tre macro-aree di intervento ovvero interventi da attuare a diretta titolarità regionale, sostegno finanziario a progetti e istanze proposti dalle Associazioni e Federazioni, assegnato sulla base di avvisi pubblici e sostegno finanziario per il reinserimento sociale ed economico dei migranti che rientrano in Puglia, concessi *una tantum* sulla base di istanze individuali.

In ottemperanza alle disposizioni della L.r. 23/2000 in ordine all'allestimento del dispositivo di piano, seguono alcuni riferimenti introduttivi di analisi sulla situazione delle comunità pugliesi all'estero. A tale scopo si riporta uno stralcio del Report redatto dal Servizio Pugliesi nel Mondo, *“Le politiche regionali a favore dei pugliesi nel mondo - Report 2005-2010”*, D&P Editori 2011, realizzato ai sensi della DGR n. 2597 del 30.11.2010, che fornisce un quadro completo sulla situazione e rappresentanza delle comunità pugliesi nei cinque continenti, sulla programmazione e attuazione dei singoli piani annuali dal 2005 al 2010, sul monitoraggio finanziario degli stessi e sulla distribuzione delle risorse per tipologia di intervento e per Paese.

Lo stralcio che si riporta rende conto dei dati relativi all'emigrazione pugliese, così come rilevati nell'anno 2010.

## **I DATI SULL'EMIGRAZIONE PUGLIESE NELL'ANNO 2010**

L'ultimo rapporto *“Italiani nel mondo 2010”* della Fondazione *Migrantes*, presentato nel dicembre 2010, dedica un intero capitolo alla trattazione dell'emigrazione dei pugliesi e sottolinea come in Puglia *“dal 2006 al 2010 il numero di emigrati è aumentato sperimentando una variazione del 13,13%. Inoltre, esaminando i residenti per continente di destinazione nel 2010, è emerso quanto segue: il 19,06% dei pugliesi è residente in America con una predilezione verso l'America centro-meridionale (11,71%) rispetto a quella settentrionale (7,35%). A tal proposito è interessante analizzare anche il dato riguardante la variazione assoluta tra il 2006 ed il 2010. Infatti l'America settentrionale, meta prediletta delle prime emigrazioni pugliesi, sperimenta un trend in continuo decremento; di rilievo, anche se trattasi di piccoli*

numeri, è l'incremento rilevato per l'Asia. In generale, quindi, si è rilevato un incremento in valori assoluti in tutti i continenti con una netta predilezione per l'Unione Europea”.

Si riporta qui la tabella inserita nel Rapporto *Migrantes* 2010 relativa alla variazione della presenza dei pugliesi nei Continenti dal 2006 al 2010.

*Pugliesi nel mondo per continenti di residenza (2006–2010)*

Continente	2006		2007		2008		2009		2010		Var. 2006/2010
	v.a.	%	%								
<b>Europa</b>	<b>219.462</b>	<b>79,18</b>	<b>235.557</b>	<b>79,17</b>	<b>239.518</b>	<b>78,61</b>	<b>243.431</b>	<b>78,54</b>	<b>246.085</b>	<b>78,48</b>	<b>12,13</b>
di cui UE	158.656	57,24	171.117	57,51	174.449	57,26	177.062	57,12	178.667	56,98	12,61
<b>America</b>	<b>51.143</b>	<b>18,45</b>	<b>54.872</b>	<b>18,44</b>	<b>57.738</b>	<b>18,95</b>	<b>58.933</b>	<b>19,01</b>	<b>59.767</b>	<b>19,06</b>	<b>16,86</b>
di cui America settentrionale	23.144	8,35	23.387	7,86	23.848	7,83	23.206	7,49	23.035	7,35	-0,47
di cui America centro-meridionale	27.999	10,10	31.485	10,58	33.890	11,12	35.727	11,53	36.732	11,71	31,19
<b>Africa</b>	<b>1.896</b>	<b>0,68</b>	<b>2.076</b>	<b>0,70</b>	<b>2.110</b>	<b>0,69</b>	<b>2.190</b>	<b>0,71</b>	<b>2.220</b>	<b>0,71</b>	<b>17,09</b>
<b>Asia</b>	<b>467</b>	<b>0,17</b>	<b>542</b>	<b>0,18</b>	<b>639</b>	<b>0,21</b>	<b>701</b>	<b>0,23</b>	<b>750</b>	<b>0,24</b>	<b>60,60</b>
<b>Oceania</b>	<b>4.208</b>	<b>1,52</b>	<b>4.489</b>	<b>1,51</b>	<b>4.682</b>	<b>1,54</b>	<b>4.709</b>	<b>1,52</b>	<b>4.758</b>	<b>1,50</b>	<b>13,07</b>
<b>Totale</b>	<b>277.176</b>	<b>100,00</b>	<b>297.536</b>	<b>100,00</b>	<b>304.687</b>	<b>100,00</b>	<b>309.964</b>	<b>100,00</b>	<b>313.580</b>	<b>100,00</b>	<b>13,13</b>

FONTE: Rapporto *Italiani nel Mondo* 2010. Elaborazioni su dati Aire

“Ad alimentare le emigrazioni degli ultimi anni continua il Rapporto - sono stati individui con un alto profilo professionale ed un buon titolo di studio - in quanto spinti dalle crescenti difficoltà del sistema occupazionale nella collocazione lavorativa - e facilitati dalle riduzioni delle distanze (tanto logistiche quanto culturali) nell'ambito di un più ampio processo di globalizzazione. In altri termini, dunque, gli attuali flussi migratori in uscita si inseriscono nella nuova dimensione dell'internazionalizzazione. Tale tesi sembrerebbe confermata anche dalla distribuzione per età dei pugliesi nel mondo. Dall'analisi dei dati rappresentati nella piramide dell'età si rileva che non vi è una grossa differenza nel sesso dell'emigrato (55% maschi e nel 45% femminile). La piramide presenta una base stretta, tipica delle società moderne caratterizzata da bassa fecondità, con un andamento crescente fino al raggiungimento di un'area panciuta nella fascia d'età compresa tra i 30 ed i 49 anni ed un successivo restringimento fino alla punta della piramide.

Da ciò deriva che:

- circa il 17% degli emigrati non ha raggiunto la maggiore età e solo poco più del 7% rappresenta la fascia d'età dai 18 ai 25 anni con una buona omogeneità nei sessi: ciò indurrebbe a pensare che si tratta particolarmente di figli di emigrati;
- il 39,1% degli emigrati è compreso nella fascia d'età dai 25 ai 49 anni di cui il 22,0% di sesso maschile ed il 17,1% di sesso femminile; di questa categoria fanno parte i figli degli emigrati di prima e seconda generazione ma anche i nuovi emigrati, ossia quelli appartenenti alla categoria della cosiddetta “fuga dei cervelli” che ogni anno fa muovere dalla Puglia migliaia di giovani laureati alla ricerca di un lavoro qualificato;
- in ultimo appare interessante il restringimento che si osserva a partire dalla fascia d'età da 65 anni in su che rappresenta, probabilmente, sia il collettivo che emigrò durante il secondo conflitto mondiale e sia alcuni della prima grande emigrazione pugliese.

*Considerando la struttura per sesso, a livello dei singoli continenti, in termini percentuali, è l'America ad affermarsi per la maggiore incidenza di donne pugliesi residenti di cui la maggior parte risiede in America centro-meridionale. Seguono l'Africa, l'Europa e l'Asia. Probabilmente in Puglia e, in particolare al Sud, la realtà migratoria femminile più diffusa è rimasta a lungo quella legata al ricongiungimento familiare. In conclusione, l'analisi qui effettuata deve tener conto dell'eterogeneità demografica del collettivo emigrato preso in considerazione: infatti in detto macroinsieme coesistono individui nati in Italia ed individui nati all'estero che compongono le c.d. seconde e successive generazioni.”* (il brano è tratto da P. Bonerba, “Puglia: Terra di migranti” in Rapporto Italiani nel Mondo 2010, Roma, Fondazione Migrantes, IDOS edizioni, dicembre 2010, pp 55-56).

In ottemperanza alle disposizioni della L.r. 23/2000 in ordine all'allestimento del dispositivo di piano, segue un riepilogo della verifica effettuata sulle attività avviate nell'ambito del Piano 2010. Il Piano 2010, approvato con DGR n. 1877 del 6.08.2010 e finanziato complessivamente con € 131.438,00, cifra che corrisponde a circa il 10% del finanziamento assegnato al Piano dell'anno precedente, ha previsto i seguenti obiettivi:

1. Garantire il rinnovo della composizione del Consiglio Generale dei Pugliesi nel Mondo a tutela dei diritti dei cittadini pugliesi, o di origine pugliese, residenti all'estero dei quali il CGPM costituisce organismo di rappresentanza presso la Regione Puglia, anche al fine di acquisirne gli indirizzi per la formulazione dei Piani annuali d'intervento così come previsto dall'art. 10 della L.r.23/2000;
2. Valorizzare la modalità di partnership interistituzionale ed interservizi regionali come strategia di attuazione delle successive programmazioni degli interventi a favore dei *Pugliesi nel Mondo*, in una logica di coordinamento fra i livelli e le strutture che promuovono attività e progetti con finalità di internazionalizzazione.

Conseguentemente sono state programmate due azioni come sotto indicato:

**AZIONE A** Realizzazione delle assemblee continentali dei presidenti delle Associazioni e Federa-

zioni di Associazioni iscritte nell'Albo regionale per la designazione dei componenti il Consiglio Generale dei pugliesi nel mondo di cui alle lettere a) e b) dell'art. 7, comma 2, della legge regionale 11 dicembre 2000, n. 23 con una dotazione finanziaria di € 100.000,00;

Sono state effettuate le prime tre assemblee continentali, realizzate rispettivamente a Torino il 23.10.2010, con la designazione dei rappresentanti delle Associazioni e Federazioni con sede in Europa, a Buenos Aires, il 18. 12.2010 con la designazione dei rappresentanti delle Associazioni e Federazioni dell'America del Sud e a Sydney con la designazione dei rappresentanti dei presidenti delle Associazioni e Federazioni residenti in Australia e Sud Africa, il 3 aprile u.s. Inoltre è stata effettuata l'Assemblea dei presidenti delle Associazioni residenti in Puglia e si prevede di realizzare entro il primo semestre 2011 l'Assemblea dei presidenti delle Associazioni e Federazioni residenti in America del Nord.

**AZIONE B** Progettazione e avvio di un network che operi sulla base di quanto previsto dall'art. 11 della L.r. 23/2000 “*per la realizzazione di progetti di interesse regionale il piano annuale può prevedere forme di collaborazione e coinvolgimento operativo di enti locali e di altri soggetti pubblici o privati senza finalità di lucro con esperienza documentabile nel settore di intervento a favore delle comunità pugliesi all'estero*”, dotato finanziariamente di € 31.438,00. La spesa relativa alla suddetta AZIONE B è stata impegnata con AD n. 94 del 10.12.2010. Le risorse sono state così ripartite: € 10.000,00 per l'attuazione di una mostra itinerante dal titolo “*Visioni d'Italia.150 anni di Unita' d'Italia visti dalla Puglia*” e € 21.438,00 per il progetto “*Valorizzazione delle eccellenze pugliesi in Europa: Monti Dauni, territorio slow*”.

La mostra in partenariato con l'Assessorato al Diritto allo Studio, realizzata dalla società di comunicazione FARM di Lecce con una analoga esperienza di mostra itinerante sulla emigrazione pugliese è stata allestita su un treno composto da carri merci trasformati in una grande galleria fotografica, multimediale e teatrale con partenza da Lecce e permanenza nelle stazioni ferroviarie di Brindisi, Taranto, Bari, Foggia e Torino. Il progetto comprende anche una fase di seminari con il coin-

volgimento dei docenti e degli studenti della scuola secondaria di secondo grado sui temi specifici attinenti alla storia della costruzione della Unità di Italia tra cui anche il tema della emigrazione, con lo scopo di diffondere la cultura della emigrazione proprio fra le giovani generazioni.

Il progetto “*Valorizzazione delle eccellenze pugliesi in Europa: Monti Dauni, territorio slow*” è finalizzato a costruire e consolidare le reti di collaborazione, di cooperazione e di scambio tra i sistemi socioeconomici e culturali regionali con le comunità di pugliesi nel mondo promuovendo, allo stesso tempo, l’immagine della Puglia all’estero e la valorizzazione delle eccellenze pugliesi in un’ottica di sviluppo del territorio.

Il progetto valorizza le competenze di soggetti pubblici e privati presenti sul territorio, in particolare nell’Area dei Monti Dauni, quali il GAL Meridaunia impegnato in attività di internazionalizzazione e promozione di prodotti agricoli e tipici locali, e si rivolge ai mercati dei Paesi del Nord Europa, meta preferita della emigrazione pugliese contemporanea, secondo i dati più aggiornati.

La mostra itinerante, avviata l’11 aprile u.s. è stata regolamentata attraverso una convenzione stipulata il 30.03.2011 secondo un apposito schema approvato dalla Giunta regionale con DGR n. 362 dell’8.03.2011.

Il secondo progetto è stato calendarizzato nel mese di ottobre 2011 ed è in corso di sottoscrizione la relativa convenzione con Meridaunia e l’Associazione dei Pugliesi a Londra.

Per il Piano annuale 2011 si propone di confermare la strategia delineata nell’ambito del precedente Piano 2010, ricercando e privilegiando le azioni che permettano di ottimizzare le scarse risorse disponibili, creando sinergie con altri soggetti pubblici o privati ex art.11 della legge 23/2000 e nuove fonti di finanziamento.

Gli obiettivi per l’anno 2011 saranno, pertanto, i seguenti:

A. Supportare le iniziative che comprendono il partenariato con altri Servizi regionali, il partenariato con enti locali e altri Enti pubblici di rilievo nazionale e internazionale competenti nelle materie d’interesse del Servizio Pugliesi nel Mondo, l’inserimento nei programmi di svi-

luppo territoriali e rurali di cooperazione transnazionale e di internazionalizzazione della regione Puglia (PRINT, PSR, etc.), la promozione dell’associazionismo in contesti territoriali di nuova emigrazione e in Paesi con forti presenze di corregionali non ancora organizzate;

- B. Creare strumenti alternativi per incrementare le fonti di finanziamento attraverso il coinvolgimento di soggetti pubblici e privati esterni all’amministrazione regionale;
- C. Supportare l’assunzione di un ruolo attivo da parte della rete associativa pugliese al servizio dello sviluppo del “sistema Puglia” anche attraverso la creazione di sistemi e strumenti innovativi per l’acquisizione di dati relativi alla storia e all’attualità della emigrazione pugliese e per la messa in rete delle associazioni iscritte all’Albo regionale dei Pugliesi nel mondo.

Il Programma finanziario del costo complessivo di € .200.000,00 e le azioni d’intervento proposte sono le seguenti:

#### AZIONE A

Azioni di diretta iniziativa regionale per la promozione della Puglia nel mondo **già approvate con DGR n. 320 dell’1.03.2011**, la cui esecuzione è regolamentata attraverso la stipula di convenzione il cui schema è stato approvato ai sensi della citata deliberazione.

**Assegnazione ex DGR 320/2011 € 30.000,00**

#### AZIONE B

Azioni di diretta iniziativa regionale per l’attuazione del programma *L’EMIGRAZIONE PUGLIESE E L’UNITA’ D’ITALIA*, **già approvato con DGR n. 511 del 22.03.2011**.

**Assegnazione ex DGR 511/2011 € 30.000,00**

#### AZIONE C

Attività di avvio della Costituenda Fondazione *CASA PUGLIA* il cui iter di approvazione formale e atto costitutivo è in fase di completamento. La Fondazione, già pianificata nell’ambito delle pregresse programmazioni, risulta attualmente in via di definitiva approvazione da parte della Commissione consiliare competente, pertanto necessita di un primo finanziamento che consenta di sostenere le

necessarie spese per l'implementazione della sua struttura operativa.

**Assegnazione € 50.000,00**

#### AZIONE D

Potenziamento delle Attività di comunicazione e informazione. Nello specifico a questa linea d'intervento afferiscono le seguenti attività:

- a) Rinnovo struttura tecnica e veste grafica del portale web *pugliesinelmondo* con l'obiettivo di migliorare le attività d'informazione e comunicazione sulla realtà economica, sociale, ambientale, storica e culturale della Puglia, sulla legislazione regionale e nazionale concernente i cittadini pugliesi nel mondo e l'interazione con i nostri correghionali all'estero;
- b) Acquisizione di materiali strumentali, documentali, librari, multimediali e promozionali, sia per l'archivio *Antonio Quarta* del Servizio Pugliesi nel Mondo sia per le sedi delle Associazioni iscritte all'Albo regionale che abbiano attivato un servizio di biblioteca. Il materiale suindicato dovrà consentire di approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio pugliese, di particolari esperienze in tema di emigrazione, della tradizione pugliese in Puglia e nelle terre di emigrazione e dovrà essere prodotto da esperti o da persone testimoni o protagonisti di storie di emigrazione.
- c) Organizzazione e partecipazione ad attività di studio, aggiornamento e seminari formativi per la diffusione della storia e della cultura della emigrazione, sul territorio pugliese e presso le Associazioni iscritte all'Albo regionale;

**Assegnazione € 40.000,00**

#### AZIONE E

Cofinanziamento e Partnership a progetti finanziati da risorse nazionali e comunitarie. Nell'individuazione e selezione dei progetti o piani da cofinanziare e alle quali concedere il partenariato del Servizio si dovrà dare priorità alle seguenti aree:

⇒ area internazionalizzazione

Progetti idonei a favorire il consolidamento e lo sviluppo di relazioni internazionali e transnazionali tra la Puglia e i Paesi con forti presenze di correghionali già organizzate in associazioni o non ancora organizzate

⇒ area innovazione

Allestimento di sistemi e strumenti innovativi per l'acquisizione e lo studio di dati relativi alla storia e all'attualità della emigrazione pugliese e per la messa in rete delle associazioni iscritte all'Albo regionale dei Pugliesi nel mondo;

⇒ area giovani e donne

Progetti per il mondo giovanile, inteso come soggetto promotore dell'associazionismo di emigrazione e protagonisti della nuova emigrazione ovvero come destinatario delle attività Progetti relativi alla conoscenza e valorizzazione della emigrazione femminile;

**Assegnazione € 50.000,00**

#### COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. N. 28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI

Il presente provvedimento comporta una spesa di Euro 140.000,00 a carico del bilancio regionale da finanziare con la disponibilità del capitolo 941010 U.P.B. 2.6.1. - Bilancio di Previsione per l'anno 2011 - ex L.r. 20/2010. Ai relativi impegni dovrà provvedere la Dirigente del Servizio Pugliesi nel Mondo con atti dirigenziali da assumersi entro il corrente esercizio finanziario.

L'Assessore al Welfare, in ottemperanza alla L.r. n. 7/97, art. 4, comma 4, lett. k, propone alla Giunta Regionale di approvare la proposta illustrata in narrativa.

**LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Welfare;

Viste le sottoscrizioni poste in calce;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

- di prendere atto di quanto indicato in premessa che qui si intende integralmente riportato;

- di approvare il Piano 2011 degli “Interventi a favore dei pugliesi nel mondo” ex art.li 10 e 11, L.r. 23/2000 per un finanziamento complessivo di €. 200.000,00 ripartito fra le Azioni di diretta iniziativa regionale così come di seguito specificate:

#### AZIONE A

Azioni di diretta iniziativa regionale per la promozione della Puglia nel mondo come già approvate con DGR n. 320 dell'1.03.2011, la cui esecuzione è regolamentata attraverso la stipula di convenzione secondo lo schema approvato nell'ambito della medesima deliberazione.

**Assegnazione ex DGR 320/2011 € 30.000,00**

#### AZIONE B

Azioni di diretta iniziativa regionale per l'attuazione del programma *L'EMIGRAZIONE PUGLIESE E L'UNITA' D'ITALIA* come già approvate con DGR n. 511 del 22.03.2011.

**Assegnazione ex DGR 511/2011 € 30.000,00**

#### AZIONE C

Attività di avvio della Costituenda Fondazione *CASA PUGLIA*. La Fondazione, già pianificata nell'ambito delle pregresse programmazioni, risulta attualmente in via di definitiva approvazione da parte della Commissione consiliare competente, pertanto necessita di un primo finanziamento che consenta di sostenere le necessarie spese per l'implementazione della sua struttura operativa.

**Assegnazione € 50.000,00**

#### AZIONE D

Potenziamento delle Attività di comunicazione e informazione. Nello specifico a questa linea d'intervento afferiscono le seguenti attività:

- a) Rinnovo struttura tecnica e veste grafica del portale web *pugliesinelmondo* con l'obiettivo di migliorare le attività d'informazione e comunicazione sulla realtà economica, sociale, ambientale, storica e culturale della Puglia, sulla legislazione regionale e nazionale concernente i cittadini pugliesi nel mondo e l'interazione con i nostri corregionali all'estero;
- b) Acquisizione di materiali strumentali, documentali, librari, multimediali e promozionali, sia per l'archivio *Antonio Quarta* del Servizio Pugliesi nel Mondo sia per le sedi delle Associazioni

iscritte all'Albo regionale che abbiano attivato un servizio di biblioteca. Il materiale suindicato dovrà consentire di approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio pugliese, di particolari esperienze in tema di emigrazione, della tradizione pugliese in Puglia e nelle terre di emigrazione e dovrà essere prodotto da esperti o da persone testimoni o protagonisti di storie di emigrazione;

- c) Organizzazione e partecipazione ad attività di studio, aggiornamento e seminari formativi per la diffusione della storia e della cultura della emigrazione, sul territorio pugliese e presso le Associazioni iscritte all'Albo regionale;

**Assegnazione € 40.000,00**

#### AZIONE E

Cofinanziamento e Partnership a progetti di portata nazionale, comunitaria e/o internazionale. Nell'individuazione e selezione dei progetti o piani da cofinanziare e ai quali concedere il partenariato del Servizio si dovrà dare priorità alle seguenti aree:

⇒ area internazionalizzazione

Progetti idonei a favorire il consolidamento e lo sviluppo di relazioni internazionali e transnazionali tra la Puglia e i Paesi con forti presenze di corregionali già organizzate in associazioni o non ancora organizzate

⇒ area innovazione

Allestimento di sistemi e strumenti innovativi per l'acquisizione e lo studio di dati relativi alla storia e all'attualità della emigrazione pugliese e per la messa in rete delle associazioni iscritte all'Albo regionale dei Pugliesi nel mondo;

⇒ area giovani e donne

Progetti per il mondo giovanile, inteso come soggetto promotore dell'associazionismo di emigrazione e protagonisti della nuova emigrazione ovvero come destinatario delle attività Progetti relativi alla conoscenza e valorizzazione della emigrazione femminile;

**Assegnazione € 50.000,00**

- di dare atto che le prime due azioni A e B il cui costo complessivo è pari a €. 60.000, sono già state approvate con DGR n. 320 dell'1.03.2011 e con DGR n. 511 del 22.03.2011

- di approvare la spesa di €. 140.000,00, così come ripartita tra le azioni C, D, E del punto precedente, a valere sulle risorse di cui al capitolo 941010, UPB 2.6.1 del Bilancio regionale di previsione per l'anno 2011;
- di dare mandato alla Dirigente del Servizio Pugliesi nel Mondo di provvedere all'impegno delle spese derivanti dalla presente deliberazione, entro il corrente esercizio finanziario, nonché a tutte le determinazioni ad essa connesse;
- di dare, altresì, mandato alla dirigente suddetta di operare variazioni all'interno della griglia dei budget assegnati alle singole azioni, qualora si renda necessario e opportuno, con lo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e facilitare il perseguimento degli obiettivi prefissati;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1380

**Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, che sostituisce ed integra le attività e le funzioni della Consulta regionale per la Formazione in Sanità.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Direzione di Area delle Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, su indicazioni del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, dott. Felice Ungaro, riferisce quanto segue:

**Visto**

- il D.L. n. 229/99, modificativo ed integrativo del D.L. n. 502/92, che introduce l'obbligo dell'Edu-

cazione Continua in Medicina definendone le finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione;

- l'Accordo Stato – Regioni dell'1 agosto 2007 "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina" che ha definito il programma E.C.M. 2008 – 2010, che assegna alle regioni nuovi ed importanti compiti e funzioni;
- l'Accordo Stato -Regioni del 5 novembre 2009, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1979 del 13 settembre 2010, che ha definito il 'Nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accredimento dei Provider E.C.M., formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, libero professionisti', che prevede l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla Qualità della Formazione e dei relativi Osservatori regionali;
- che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella seduta del 13 gennaio 2010, ha approvato il 'Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato-regioni del 5 novembre 2009 per l'accREDITAMENTO', con il quale si sono avviate le procedure connesse all'accREDITAMENTO dei provider residenziali, provider di Formazione sul campo (FSC) e provider di Formazione a Distanza (FAD);
- che con D.G.R. n. 93 del 3 febbraio 2009 la Regione Puglia ha istituito l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità con l'obiettivo di coordinare tutte le attività di formazione in ambito sanitario e di realizzare un'organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema Sanitario regionale;
- che è stata istituita la Commissione regionale per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1.234 del 21 luglio 2009, per assicurare il supporto tecnico-scientifico all'Organismo;
- che il Piano di Formazione Regionale 'Laboratorio di Formazione 2009 – 2011', adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2411 del 4 dicembre 2009, ha previsto il finanziamento della fase di avvio del modello di accREDITAMENTO in via sperimentale dei progetti e degli eventi formativi della Regione Puglia.

**Considerato che**

- a supporto delle attività dell'Organismo è stata istituita la Consulta regionale per la Formazione in Sanità, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 626 del 21 aprile 2009, tra le cui attività vi sono quelle di supportare le verifiche e le valutazioni finali delle ricadute formative sulle diverse categorie professionali ed esprimere suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività di formazione;
- il dott. Felice Ungaro, direttore dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, è componente della Commissione Nazionale della Formazione Continua in Medicina (CNFC) e coordinatore della sezione III 'Valutazione e reporting della qualità e della accessibilità delle attività formative' della CNFC;
- con D.G.R. n. 1155 dell'11 maggio 2010, si è provveduto all'approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Puglia e l'Age.Na.S. per l'accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD) della Regione Puglia;
- il Piano di Rientro e Riqualificazione 2010 – 2012 della Regione Puglia prevede la definizione e l'implementazione di un sistema di accreditamento regionale della formazione continua;
- si è rilevata l'esigenza di istituire l'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, '...braccio operativo dell'Osservatorio nazionale sulla Qualità della Formazione...', per la valutazione della qualità della formazione del Servizio sanitario regionale, come previsto dall' Accordo Stato -Regioni del 5 novembre 2009;
- si è rilevata l'esigenza di sostituire e integrare le attività e le funzioni della Consulta regionale per la Formazione in Sanità.

**Ritenuto**

- di istituire e regolamentare l'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, per la valutazione della qualità della formazione del Servizio Sanitario regionale, costituito dall'Assessore alle Politiche della Salute, in qualità di presidente, dal direttore dell'Organismo regionale per la Formazione in

Sanità, in qualità di coordinatore, e dai rappresentanti delle Università, delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali del ruolo sanitario della Regione;

- di attribuire all'Osservatorio regionale, in conformità al su citato Accordo: '... l'attività di valutazione della qualità della formazione continua in sanità al fine di promuovere il suo miglioramento sia dal punto di vista delle opportunità di accesso che della qualità dell'offerta formativa...'

**“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/2001E 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.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4 lett. k) 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 dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità su indicazioni del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

per i motivi e le finalità esposte in narrativa che qui si intendono integralmente riportate,

- di istituire e regolamentare l'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, 'braccio operativo dell'Osservatorio

*nazionale sulla Qualità della Formazione*', come previsto dall'Accordo Stato -Regioni del 5 novembre 2009, che sostituisce e integra le attività e le funzioni della Consulta regionale per la Formazione in Sanità, costituito così come di seguito riportato:

- il Presidente: l'Assessore alle Politiche della Salute;
- il Coordinatore: il direttore dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Foggia o suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Lecce o suo delegato;
- il Rettore del Politecnico dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia o suo delegato;
- due rappresentanti degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- due rappresentanti del Coordinamento Regionale dei Collegi I.P.A.S.V.I (infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari);
- un rappresentante regionale:
  - degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Farmacisti;
  - degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Medici Veterinari;
  - del Coordinamento Regionale dei Collegi delle Ostetriche;
  - delle Associazioni delle professioni sanitarie della riabilitazione, che individua, ai sensi del Decreto Ministeriale del 19/06/2006, le seguenti figure professionali: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro e della psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale ed educatore professionale;
  - delle Associazioni delle professioni sanitarie tecniche, che individua, ai sensi del Decreto Ministeriale del 19/06/2006, le seguenti figure professionali: tecnico audiometrista,

tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico di neuro fisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione vascolare, igienista dentale e dietista;

- delle Associazioni delle professioni tecniche della prevenzione, che individua, ai sensi del Decreto Ministeriale del 19/06/2006, le seguenti figure professionali: tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro ed assistente sanitario;
- dell'Ordine Nazionale dei Biologi;
- dell'Ordine Regionale degli Psicologi;
- degli Ordini Provinciali dei Chimici;
- dei Collegi Provinciali dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica;
- un amministrativo dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, con funzioni di segretario;
- di attribuire all'Osservatorio regionale, in conformità al su citato Accordo: '... l'attività di valutazione della qualità della formazione continua in sanità al fine di promuovere il suo miglioramento sia dal punto di vista delle opportunità di accesso che della qualità dell'offerta formativa...'
- di riservarsi la possibilità di coinvolgere, su specifiche tematiche, Associazioni, Enti, Istituzioni o figure professionali di particolare esperienza;
- di stabilire che la partecipazione dei suddetti componenti ai lavori dell'Osservatorio regionale è a titolo gratuito e, pertanto, non comporta alcun onere di spesa a carico del bilancio regionale;
- di stabilire che l'Osservatorio dura in carica tre anni dalla data di insediamento e ha sede presso l'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n.13 del 12/04/1994.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1381

### **Modello di accreditamento della formazione continua della Regione Puglia**

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Direzione di Area delle Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, su indicazioni del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, dott. Felice Ungaro, riferisce quanto segue:

#### **Visto**

- il D.L. n. 229/99, modificativo ed integrativo del D.L. n. 502/92, che introduce l'obbligo dell'educazione continua in medicina definendone le finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione;
- l'Accordo Stato - Regioni dell'1 agosto 2007 "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina" che ha definito il programma E.C.M. 2008 - 2010, che assegna alle regioni nuovi ed importanti compiti e funzioni;
- l'Accordo Stato - Regioni del 5 novembre 2009, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1979 del 13 settembre 2010, che ha definito i principi relativi al 'nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accreditamento dei Provider E.C.M., formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, libero professionisti';
- che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella seduta del 13 gennaio 2010, ha approvato il 'Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato-regioni del 5 novembre 2009 per l'accREDITAMENTO', con il quale si sono avviate le procedure connesse all'accREDITAMENTO dei provider residenziali, provider di Formazione sul campo (FSC) e provider di Formazione a Distanza (FAD);
- che con D.G.R. n. 93 del 3 febbraio 2009 la Regione Puglia ha istituito l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità con l'obiettivo di coordinare tutte le attività di formazione in ambito sanitario e di realizzare un'organizzazione

capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema sanitario Regionale;

- che a supporto delle attività dell'Organismo sono state istituite la Consulta Regionale per la Formazione in Sanità, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 626 del 21 aprile 2009 e la Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1.234 del 21 luglio 2009;
- che il Piano di Formazione Regionale 'Laboratorio di Formazione 2009 - 2011', adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2411 del 4 dicembre 2009, ha previsto il finanziamento della fase di avvio del modello di accREDITAMENTO in via sperimentale dei progetti e degli eventi formativi della Regione Puglia.

#### **Considerato che**

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1155 dell'11 maggio 2010 si è provveduto all'approvazione dello schema di Convenzione tra la Regione Puglia e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) per la realizzazione dell'accREDITAMENTO in via sperimentale dei progetti aziendali e degli eventi formativi, dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD) della Regione Puglia;
- il presente provvedimento trova la sua naturale collocazione nell'attuazione del Piano di Rientro e di Riqualficazione 2010-2012 della Regione Puglia che prevede la definizione e l'implementazione di un sistema di accREDITAMENTO regionale della formazione continua;
- si è rilevata l'esigenza di realizzare il modello di accREDITAMENTO della formazione continua della Regione Puglia.

#### **Ritenuto**

- di approvare il modello di accREDITAMENTO della formazione continua della Regione Puglia, che prevede sia l'accREDITAMENTO dei progetti aziendali e degli eventi formativi che quello dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD), così come riportato dal documento allegato che costituisce parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento (allegato n. 1).

**“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 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.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4 lett. k) 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 dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità su indicazioni del

Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

per i motivi e le finalità esposte in narrativa che qui si intendono integralmente riportate,

- di approvare il modello di accreditamento della formazione continua della Regione Puglia, che prevede sia l'accREDITamento dei progetti aziendali e degli eventi formativi che quello dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD), così come riportato dal documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (allegato n. 1);
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n.13 del 12/04/1994.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso



*Regione Puglia*  
*Organismo Regionale per la Formazione in Sanità*

**IL MODELLO DI ACCREDITAMENTO  
DELLA FORMAZIONE CONTINUA  
NELLA REGIONE PUGLIA**

**INDICE**

Premessa

Il sistema formativo in sanità della Regione Puglia

- Il Modello di accreditamento dei progetti aziendali e degli eventi formativi della Regione Puglia
- Il Modello di accreditamento dei provider Residenziali, provider di Formazione sul Campo (FSC) e di provider di Formazione a Distanza (FAD) della Regione Puglia

## Premessa

Il progetto di Educazione Continua in Medicina (ECM), introdotto in Italia dal [DLgs 202/1992](#) [integrato dal DLgs 229/1999](#), ma avviato solo nel 2002, è ispirato al principio della formazione continua quale diritto-dovere di ogni professionista della salute al fine di mantenere e migliorare conoscenze, abilità e competenze adeguandole al progresso scientifico, tecnologico e culturale. L'ECM comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative finalizzate a migliorare le conoscenze teoriche, le abilità tecniche o manuali e le capacità comunicative e relazionali di tutti gli operatori della Sanità, finalizzate quindi a mantenere elevata la professionalità degli operatori sanitari.

La caratteristica principale del programma di ECM italiano è l'obbligatorietà della formazione continua per tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante a livello sia pubblico sia privato.

Dal 1 gennaio 2008 la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC), di competenza del Ministero della Salute, sono state trasferite all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), come veniva indicato nel primo Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 che individuava nell'Agenzia 'la casa comune' in cui collocare la CNFC e gli organismi che la correlano e che il successivo Accordo del 5 novembre 2009 ha di fatto provveduto a declinare in termini regolamentari e ad integrare.

In Italia, diverse regioni del Centro-Nord (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Toscana e Umbria), già da alcuni anni, hanno provveduto alla definizione di un sistema di accreditamento regionale di progetti aziendali ed eventi formativi proposti da soggetti organizzatori pubblici.

Tale sistema prevede che la Regione rivesta un ruolo centrale, svolgendo la funzione di ente accreditante dei progetti e degli eventi formativi promossi dai soggetti organizzatori pubblici (le Università pubbliche e private, le aziende sanitarie della Regione, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, gli Istituti zooprofilattici sperimentali, le altre strutture tecnico-scientifiche del sistema sanitario nazionale).

Caratteristica di questo processo di accreditamento regionale è lo sviluppo di un sistema informatico centralizzato che garantisce l'accreditamento on-line, quindi una rapida diffusione delle informazioni.

Per quanto riguarda la tipologia formativa, oltre la tradizionale Formazione Residenziale (congressi, conferenze e seminari), si è implementato l'accreditamento dei progetti e degli eventi di Formazione sul Campo (FSC), valorizzando così le opportunità formative che le aziende sanitarie offrono, ed i progetti e gli eventi di Formazione a Distanza (FAD) che riesce a raccogliere un numero più elevato di partecipanti riducendo i costi e coniugando strategie formative che arrivano

agli operatori in modo omogeneo.

Il modello si avvale di Commissioni ed Organi di consulenza con funzione di supporto tecnico-scientifico per l'individuazione degli obiettivi formativi e dei criteri dei processi formativi idonei a realizzare gli obiettivi stessi, la definizione dei criteri per l'attribuzione dei crediti formativi e la valutazione della qualità dell'offerta formativa.

L'evoluzione del modello di accreditamento determina il passaggio dal modello di accreditamento dei progetti e degli eventi, al modello di accreditamento dei *provider* (i fornitori di formazione) ai quali è attribuita autonomia e responsabilità gestionale e formativa, come definito dall'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009. In particolare il *provider* progetta, realizza e controlla l'esecuzione e l'efficacia organizzativa delle attività formative attribuendo responsabilmente i crediti ai professionisti della Sanità e verificando gli esiti e gli impatti della formazione stessa. Questo modello è centrato sull'evoluzione e sul miglioramento qualitativo delle *performance* del professionista, rappresentando così il passaggio dal modello ECM al sistema di *sviluppo professionale continuo* (*continuing professional development* - CPD).

La prima Regione ad adottare il modello di accreditamento dei *provider* è stata la Lombardia nel 2005. Secondo questo modello, la Regione, o un ente da essa delegato, diventa l'ente accreditante, con funzione di valutazione delle domande di accreditamento come provider da parte dei soggetti organizzatori e di verifica del rispetto dei requisiti di quelli già esistenti. I provider accreditati sono soggetti istituzionali e organismi pubblici o privati con un assetto organizzativo, risorse scientifiche e tecnologiche e un piano di formazione, congruenti con obiettivi e parametri qualitativi riferiti ad attività formative per il personale sanitario. Essi erogano direttamente i crediti derivanti dall'attività formativa svolta e assicurano la trasmissione telematica delle informazioni.

La Regione Puglia nel Piano della Salute 2008-2010 definisce la formazione 'un pilastro essenziale per il Sistema Sanitario regionale, lo strumento operativo per modificare modelli assistenziali obsoleti ed affrontare la sfida del cambiamento imposto da variazioni dell'ambiente, dalla politica aziendale o dalle innovazioni scientifico-tecnologiche'. A tal proposito l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS), istituito con l'obiettivo di "*coordinare tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare, sviluppando i filoni dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni*", ha definito un modello sperimentale di accreditamento regionale dei progetti/eventi formativi regionali e dei provider Residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD), attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari adattata e contestualizzata alle esigenze della Regione Puglia.

## Il Sistema di Formazione in Sanità della Regione Puglia

La *vision* dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, vista la nota complessità dei sistemi sanitari, è quella di attivare meccanismi aziendali atti a promuovere modelli di apprendimento organizzativo, in cui è l'intero sistema aziendale che apprende e modifica i propri comportamenti determinandone il cambiamento. Si introduce così il principio *dell'organizzazione che apprende*, strettamente collegato con le teorie evolutive dell'organizzazione che definiscono l'importanza dell'apprendimento di tipo generativo al fine di stimolare le capacità creative degli individui. E' indispensabile, pertanto, che i processi formativi all'interno di organizzazioni complesse come quelle sanitarie, stimolino sia l'apprendimento per sfruttamento (*single loop learning*), ovvero la capacità di perfezionare già quello che si possiede, ma maggiormente l'apprendimento per esplorazione (*double loop learning*), 'insegnare a disimparare', mediante il cambiamento delle domande a cui cercare una risposta. *Citando Gregory Bateson si può affermare che l'apprendimento dei sistemi complessi adattativi è più efficace se avviene per esplorazione.*

A supporto dell'Organismo sono state istituite:

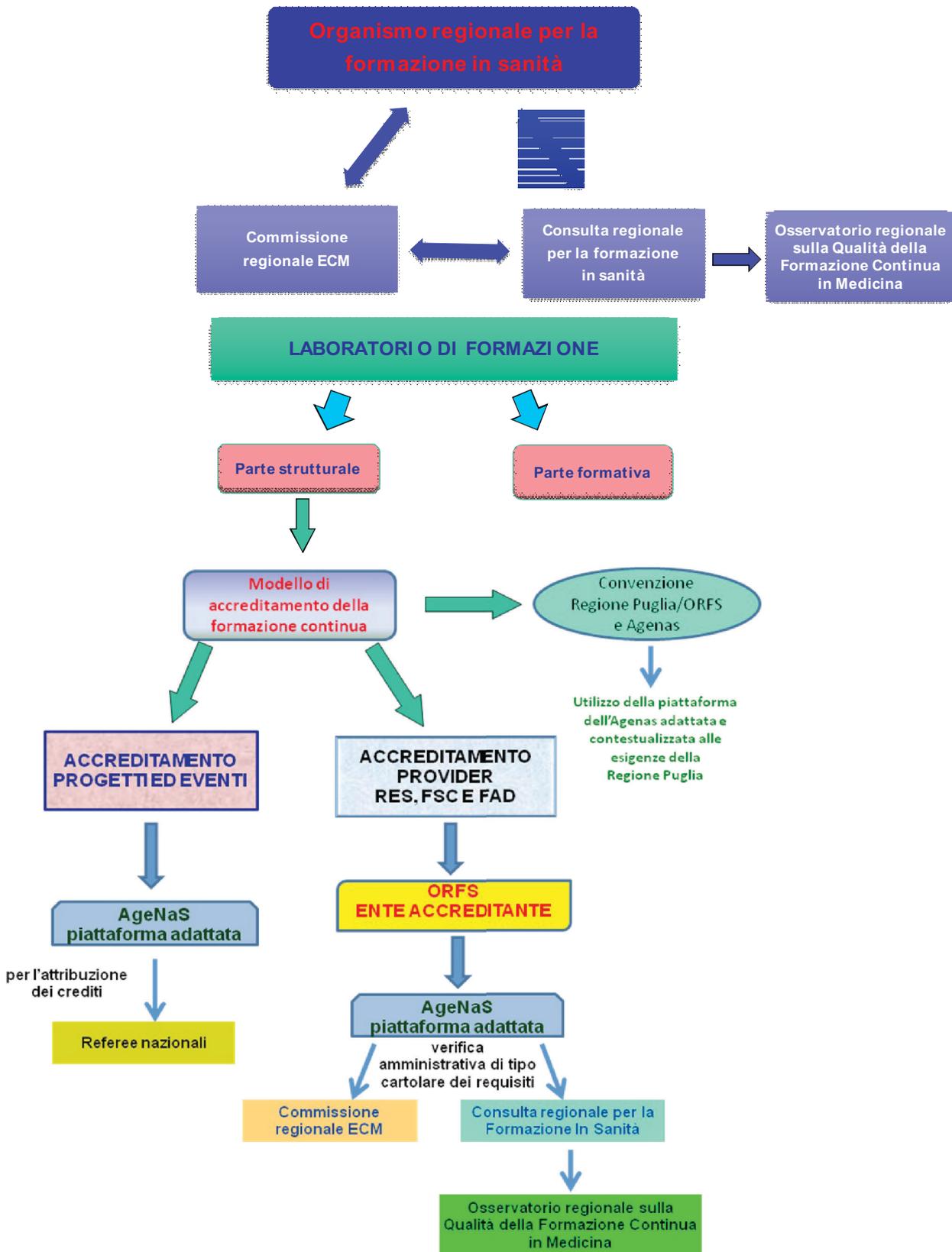
- la *Consulta Regionale per la Formazione in Sanità*,\_D.G.R. n. 626 del 21/04/2009, costituita dall' Assessore regionale alle Politiche della Salute (presidente) o da un suo delegato, dal direttore dell'ORFS (vice presidente), dall'Assessore regionale al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale o un suo delegato, dai Rettori delle Università degli Studi di Bari, Foggia, Lecce e del Politecnico o dai loro delegati, dai presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bari e Foggia, dai rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali della Regione Puglia e da tre consiglieri regionali.

Le attività prevalenti della Consulta sono legate alla verifica e alla valutazione finale delle ricadute formative sulle diverse categorie professionali ed alla definizione di suggerimenti in ordine al complesso delle attività di formazione,

- la *Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina*, D.G.R. n.1234 del 21/07/2009, costituita dal direttore dell'ORFS e dai responsabili degli Uffici Formazione delle aziende sanitarie regionali, preposta a fornire un contributo di tipo tecnico-scientifico alle attività e alle funzioni dell'Organismo,

Per il monitoraggio e la valutazione della qualità della formazione erogata sul territorio regionale da parte del sistema di formazione continua è in via di definizione l'*Osservatorio Regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina* che sostituisce la Consulta, integrandone le funzioni e le attività. Tale Osservatorio, come cita lo stesso Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, rappresenta il "...braccio operativo dell'Osservatorio nazionale con il compito di valutare la qualità della formazione del Servizio Sanitario regionale".

### IL SISTEMA FORMATIVO REGIONALE



In linea con il programma di Educazione Continua in Medicina e con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010, l'ORFS ha definito il Piano di Formazione regionale 'Laboratorio di Formazione 2009-2011', D.G.R. n. 2411 del 4/12/2009, articolato in una parte strutturale ed una formativa, con l'obiettivo di ridefinire criticamente i modelli organizzativi delle aziende sanitarie del Sistema Sanitario Regionale, rivalutandone il ruolo in termini *sistemici* e sottolineando l'importanza delle risorse umane e della formazione del personale.

La parte strutturale del Laboratorio prevede:

- il modello di accreditamento in via sperimentale sia dei progetti aziendali o degli eventi formativi sia dei provider Residenziali, di Formazione Sul Campo e di Formazione a Distanza della Regione Puglia;
- l'implementazione degli Uffici Formazione delle aziende sanitarie e la loro messa in rete come strumento di supporto per le attività sul territorio;
- la rilevazione e l'analisi dei bisogni formativi di tutte le figure professionali operanti nel Sistema Sanitario della Regione Puglia, attraverso una scheda di bisogni formativi, definita dall'Organismo stesso, ma integrata e, successivamente, approvata sia dalla Consulta sia dalla Commissione ECM;
- la definizione di una short list per identificare forme di collaborazione con Enti pubblici e privati di natura non lucrativa ed Istituti di eccellenza per il supporto scientifico, organizzativo e logistico alle attività formative dell'ORFS.

La parte formativa prevede, invece, oltre ai relativi Piani Aziendali di Formazione (PAF) delle aziende sanitarie della Regione Puglia, 28 progetti formativi elaborati dalle istituzioni pubbliche, appartenenti alla Consulta e alla Commissione Regionale ECM, al fine di sviluppare:

- i percorsi specifici previsti dal Piano della Salute 2008-2010;
- le competenze nel campo della formazione per favorire lo sviluppo di un apprendimento permanente di qualità, attraverso un'azione orientata ad incrementare la competenza didattica e pedagogica di soggetti interessati a svolgere attività di insegnamento agli adulti: la formazione dei formatori;
- le tecniche innovative nel campo dell'apprendimento, in particolare, incrementare le attività di formazione sul campo, considerata la tipologia didattica più efficace per l'apprendimento e lo sviluppo della professionalità degli operatori sanitari in quanto riduce la distanza tra i luoghi della formazione e quelli del lavoro. Obiettivo della FSC è quello di trasferire nella propria realtà lavorativa quanto appreso, rappresentando il setting privilegiato per la formazione continua e aumentando così la possibilità di azione della formazione sui comportamenti non solo del singolo operatore ma anche dell'organizzazione. Ed inoltre sviluppare la piattaforma e-learning, capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformarle in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema Sanitario Regionale, per garantire il funzionamento e l'aggiornamento sia dei contenuti sia del sistema formativo nel suo complesso;
- le politiche di una cultura della sostenibilità del sistema sanitario, attraverso elementi innovativi di tipo culturale-metodologico e tecniche di management, al fine di gestire le organizzazioni sanitarie come sistemi complessi adattativi, flessibili, capaci di rispondere

alle continue sollecitazioni dell'ambiente esterno e di confrontarsi con una dimensione professionale centrata sulle 'relazioni', sulla valorizzazione delle differenze, sull'etica del management, sulla 'progettualità contestualizzata' agli specifici problemi della propria realtà in un'ottica di sostenibilità dell'intero Servizio Sanitario Regionale;

- i processi di verifica delle ricadute dell'attività formativa per monitorare gli effetti dell'apprendimento nel breve-medio periodo, e per poter effettuare una valutazione dell'investimento fondata su parametri attendibili;
- i progetti relativi all'educazione alla salute dei cittadini, finalizzati a far riconoscere la salute come una risorsa da salvaguardare, a consumare sempre più salute e meno malattie, qualificando il modello di consumo sanitario come funzione di sostenibilità del sistema sanitario stesso;
- la ricerca nell'ambito del management del sistema sanitario, al fine di definire modelli di formazione che promuovano l'apprendimento sia del singolo operatore sia dell'intera organizzazione.

Il modello sperimentale di accreditamento della formazione continua della Regione Puglia definito, attraverso un atto di convenzione tra la Regione Puglia/ORFS e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (delibera di Giunta regionale n. 1155 del 11/05/2010), si avvia inizialmente come modello per l'accreditamento dei progetti e degli eventi formativi per poi passare all'accreditamento dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo e dei provider di Formazione a Distanza.

Nella sua strutturazione prevede le seguenti caratteristiche:

- l'utilizzo delle piattaforme dell'AgeNaS (progetti/eventi e provider), in base al su citato atto di convenzione, adattate e contestualizzate alle esigenze regionali;
- l'implementazione parallela, cosiddetto *doppio binario*, del processo di accreditamento dei progetti/eventi per i soggetti organizzatori e del processo di accreditamento dei provider;
- la nomina di figure professionali regionali, appartenenti alla Commissione e alla Consulta, in via di ridefinizione nell'Osservatorio regionale, di supporto alla verifica amministrativa di tipo cartolare dei requisiti nel processo di accreditamento dei provider;
- la riduzione del contributo alle spese di accreditamento dell'attività formativa sia per i soggetti organizzatori sia per i provider privati e pubblici; per questi ultimi, in particolare, nel caso di organizzazione di progetti aziendali, non è previsto il versamento del contributo legato ai crediti;
- la definizione della mappatura dell'offerta formativa;
- l'elaborazione e l'implementazione dei sistemi informatici e gestionali necessari per la realizzazione del sistema di formazione continua della Regione Puglia;
- la costituzione dell'anagrafe dei crediti formativi, ad opera del COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), attraverso l'adozione del tracciato record, una traccia elettronica che comprende tutti i dati per la certificazione dei crediti formativi.

## Il modello di accreditamento dei progetti aziendali e degli eventi formativi della Regione Puglia

Tale modello prevede l'accREDITamento dei progetti e degli eventi formativi attraverso l'utilizzo, da parte dei soggetti organizzatori pubblici e privati regionali, della piattaforma/software dell'AgeNaS adattata alle esigenze della Regione Puglia, con la sezione recante la denominazione 'Regione Puglia', ed un link dedicato nel sito dell'ORFS:

<http://formazioneinsanita.regione.puglia.it/index.php/accreditamento>.

The screenshot shows the homepage of the website. At the top, there is a navigation bar with 'Prima pagina', 'Servizi', 'Contatti', and 'Login'. Below this, there are several news items:

- SISTEMA FORMATIVO REGIONALE**: Organismo Regionale per la Formazione in Sanità - Comitato.
- RETI UFFICIALI FORMAZIONE AZIENDALISANITARIE**.
- OFFERTA FORMATIVA 2009-2011**.
- PIANO DI RETE OSPEDALIERA 2010**: Regione Puglia - Google Map.
- RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI REGIONALI**.
- Modello di Accredimento**: Regione Puglia - Organismo Regionale per la Formazione in Sanità - E.C.M.

The 'News' section highlights a 'Corso di formazione manageriale per direttori generali' and a 'Laboratorio di formazione 2009/2011'.

LINK



The screenshot shows the login and registration section of the website. It includes the logo of the Regione Puglia and the E.C.M. logo. The navigation bar contains: 'HOMEPAGE', 'LOGIN', 'REGISTRAZIONE', 'BANCA DATI EVENTI RESIDENZIALI', and 'BANCA DATI PROGETTI FORMATIVI AZIENDALI'.

Sistema di Accredimento degli eventi formativi e dei progetti formativi aziendali della Regione Puglia

Benvenuti nel sistema di accreditamento regionale degli Eventi Formativi e dei Progetti Formativi Aziendali.  
 - Premere il tasto: **"Login"** se si dispone già di un'utenza (le utenze del sistema di Accredimento Nazionale sono valide)  
 - Premere il tasto: **"Registrati"** per effettuare l'iscrizione e richiedere una nuova utenza

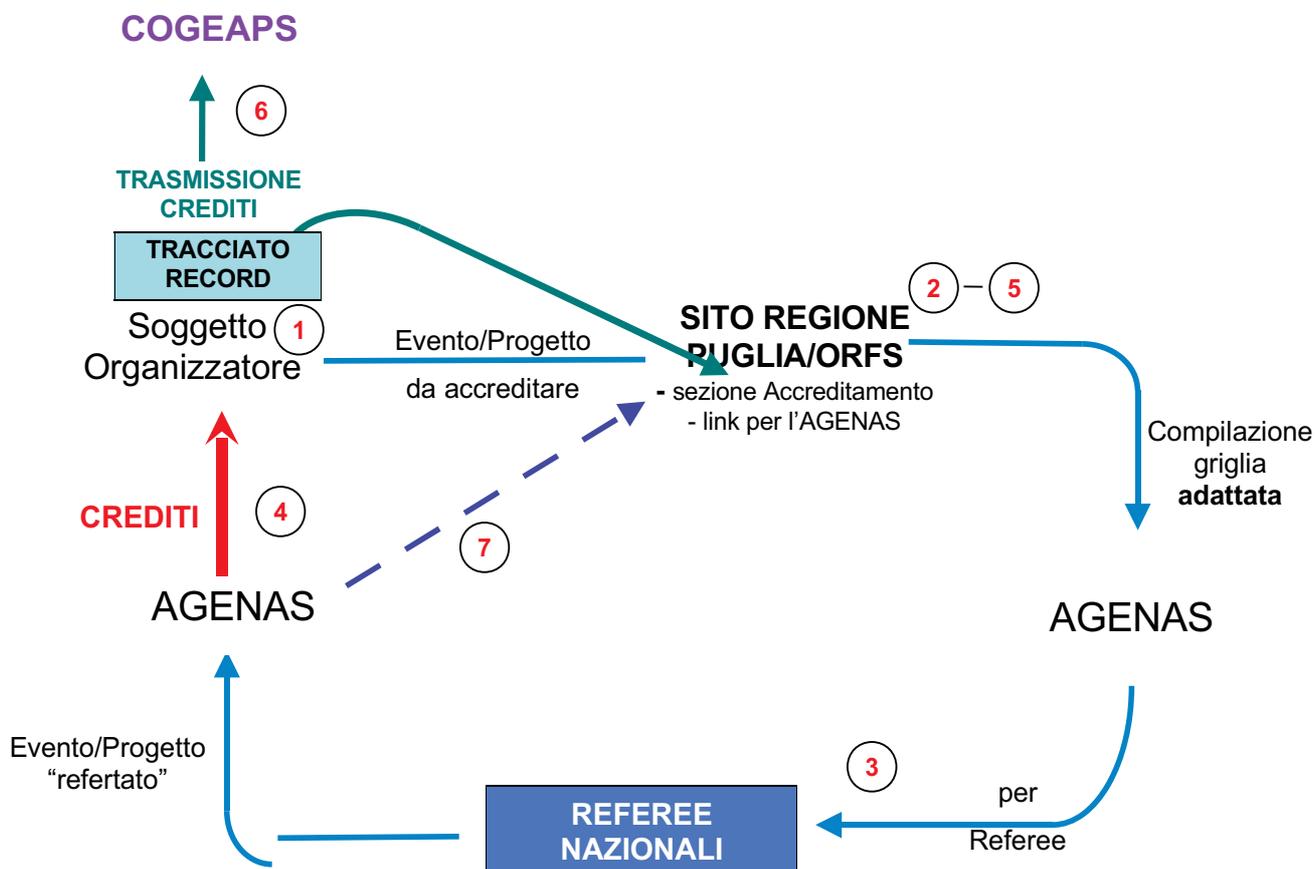
Selezionare una voce dal menù **"Banca Dati Eventi Residenziali"** per accedere all'offerta formativa degli Eventi per gli operatori sanitari:  
 - In fase di Accredimento  
 - Accreditati

Selezionare una voce dal menù **"Banca Dati Progetti Formativi Aziendali"** per accedere all'offerta formativa dei progetti per gli operatori sanitari:  
 - In fase di Accredimento  
 - Accreditati

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Age.Na.S)  
 Telefono: 06-42743600  
 e-mail: [puglia.ecmsupporto@agenas.it](mailto:puglia.ecmsupporto@agenas.it)

Regione Puglia - Organismo Regionale per la Formazione in Sanità  
 Telefono: 080-5595602

**Di seguito viene descritta la procedura per l'accREDITAMENTO regionale dei progetti aziendali e degli eventi formativi**



Il soggetto organizzatore pubblico e privato valida il Progetto/Evento, almeno **30 giorni** prima del suo inizio, attraverso il Sito della Regione Puglia – Organismo Regionale per la Formazione in Sanità – sezione accreditamento – link AgeNaS - inserendo le informazioni nella SEZIONE ADATTATA PER LA REGIONE PUGLIA (n° 1).

I soggetti organizzatori della Regione Puglia, già registrati nel sistema di accreditamento nazionale, conservano le stesse login e password per l'accREDITAMENTO regionale (n° 2).

La griglia compilata per la valutazione dei progetti viene inviata ai referenti del sistema nazionale (n° 3).

Ultimato il processo di referaggio che consente l'attribuzione dei crediti, la segreteria dell'AgeNaS, tramite la piattaforma, invia ai soggetti organizzatori una e-mail contenente il numero dei crediti, l'importo del contributo economico da versare e il conto corrente della Regione Puglia/ORFS a cui inviare il relativo contributo (n° 4).

La riduzione del contributo delle spese previste a carico dei soggetti organizzatori per l'accREDITAMENTO regionale dei progetti e degli eventi è definita secondo lo schema di seguito riportato (n° 5):

	<b>SOGGETTO ORGANIZZATORE PUBBLICO - AZIENDA SANITARIA-</b>	<b>ALTRI SOGGETTI ORGANIZZATORI PUBBLICI</b>	<b>SOGGETTO ORGANIZZATORE PRIVATO</b>
PROGETTI AZIENDALI (PFA)	nessun contributo	-	riduzione del 30% del contributo di accREDITAMENTO stabilito dal D.M. del 26/02/2011 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)*
EVENTI	riduzione del 30% del contributo di accREDITAMENTO stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accREDITAMENTO stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accREDITAMENTO stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 (Tabella C)

\* I Progetti Aziendali (PFA) sono organizzati dalle aziende sanitarie pubbliche e dai seguenti soggetti organizzatori privati: Casa di cura privata accREDITATA e non accREDITATA.

Al termine di ogni evento, entro e non oltre novanta giorni, il soggetto organizzatore comunica al COGEAPS e all'ORFS i crediti attribuiti ai singoli partecipanti mediante l'uso di una traccia elettronica, il tracciato record, comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certificazione dei crediti quale funzione primaria degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali (n° 6).

La comunicazione tra l'AgeNaS e l'ORFS avviene attraverso l'indirizzo e-mail dell'Organismo, [formazioneinsanita@regione.puglia.it](mailto:formazioneinsanita@regione.puglia.it), che è interfaccia istituzionale con la segreteria ECM (n° 7).

## **Il Modello di Accredитamento dei Provider Residenziali, Provider di Formazione Sul Campo (FSC) e Provider di Formazione a Distanza (FAD) della Regione Puglia**

singoli progetti ed eventi all'accreditamento dei provider e la conseguente assegnazione diretta, da parte degli stessi, dei crediti formativi, ovvero *"...l'**accreditamento** di un Provider ECM è il riconoscimento da parte di un'istituzione pubblica, quali la Commissione Nazionale per la Formazione Continua o le Regioni o le Province Autonome direttamente o attraverso Organismi da questi individuati, che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti..."*

L'accreditamento si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM ed è rilasciato da un solo Ente accreditante a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti secondo standard definiti.

I requisiti che il provider deve possedere per ottenere l'accreditamento riguardano:

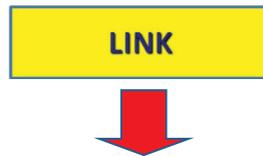
- le caratteristiche del soggetto richiedente;
- l'organizzazione generale e le risorse;
- la qualità dell'offerta formativa e la gestione del miglioramento continuo della qualità.

La richiesta iniziale di accreditamento, se accettata, permette di acquisire un accreditamento provvisorio, che dura al massimo 24 mesi, dopo i quali decade automaticamente se non è stato ottenuto l'accreditamento standard della durata di 4 anni. L'accreditamento standard si può ottenere dopo almeno un anno dall'aver ottenuto quello provvisorio o come conferma di un precedente accreditamento. A tal fine, durante il periodo di accreditamento provvisorio, l'Ente accreditante verifica non solo il possesso di tutti i requisiti ma anche la quantità e la qualità delle attività formative realizzate dal richiedente attraverso analisi che riguardano tutti gli aspetti dell'attività del provider ma con particolare attenzione agli aspetti scientifico-didattici.

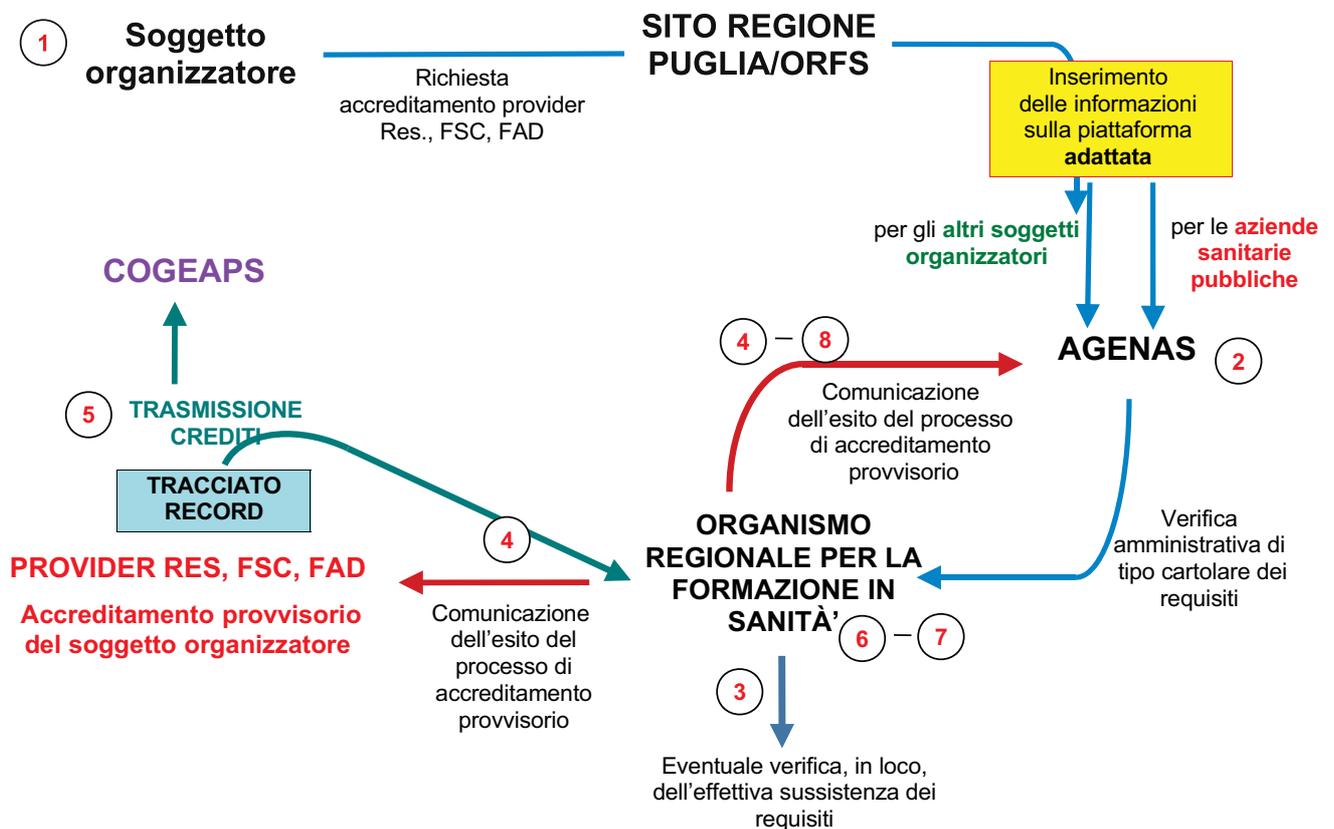
Il soggetto organizzatore può richiedere l'accreditamento limitato a specifiche attività formative o a professioni sanitarie (ad es. medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) o a tipologie/procedure formative (residenziale, FAD, FSC).

Il modello della Regione Puglia prevede che gli attuali soggetti organizzatori pubblici e privati di progetti ed eventi formativi possano richiedere l'accreditamento come Provider attraverso l'utilizzo della piattaforma/software dell'AgeNaS adattata alle esigenze della Regione Puglia, attraverso la sezione recante la denominazione 'Regione Puglia', visitando il link dedicato nel sito dell'ORFS:

<http://formazioneinsanita.regione.puglia.it/index.php/accreditamento>.



**Di seguito viene descritta la procedura per l'accREDITAMENTO dei provider (Res, FSC e FAD)**



Il soggetto organizzatore per richiedere l'accreditamento provvisorio come provider residenziale, provider FSC e provider FAD, accede all'area riservata del Sito della Regione Puglia attraverso il percorso di seguito descritto: Organismo Regionale per la Formazione in Sanità – sezione accreditamento – link AgeNaS – SEZIONE ADATTATA PER LA REGIONE PUGLIA – area riservata.

La valutazione della domanda di accreditamento regionale, come previsto dal documento nazionale, è espletata in 90 giorni dalla data di validazione delle informazioni sulla piattaforma (n° 1).

La segreteria dell'AgeNaS, a seguito della valutazione di tipo legale della documentazione riportata nella piattaforma, trasmette le informazioni all'**Organismo regionale per la Formazione in Sanità**, il quale, **in qualità di Ente Accreditante**, avvalendosi dell'apporto di figure professionali individuate dalla Consulta regionale per la Formazione in Sanità, in via di ridefinizione nell'Osservatorio regionale, effettua la verifica amministrativa di tipo '*cartolare*' dei requisiti. La valutazione è demandata al direttore dell'ORFS, coadiuvato da due componenti dei su citati organi di supporto, individuati in maniera casuale, e consiste nella consultazione on line, accedendo all'area riservata tramite username e password personali, delle informazioni riportate sulla piattaforma. Nel caso di un eventuale conflitto di interessi, il valutatore è tenuto a comunicarlo, per consentire la sua consequenziale sostituzione (n° 2).

L'ORFS, in quanto Ente Accreditante, effettua, ai fini del rilascio dell'accreditamento, anche la verifica dell'effettiva sussistenza dei requisiti tramite delle visite nella sede del soggetto richiedente, avvalendosi sempre dell'apporto delle figure su citate (n° 3).

L'ORFS comunica l'esito del processo di accreditamento provvisorio all'AgeNaS e al soggetto organizzatore che diventa, in relazione alla richiesta effettuata, provider residenziale, FSC e FAD (n° 4).

Al termine di ogni evento, entro e non oltre novanta giorni, il provider comunica al COGEAPS e all'ORFS, i crediti attribuiti ai singoli partecipanti mediante l'uso di una traccia elettronica, il tracciato record, comprensiva di tutti i dati ritenuti idonei alla registrazione ed in particolare alla certificazione dei crediti quale funzione principale degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali. Il tracciato è utilizzato da tutti i provider accreditati sia dal sistema nazionale sia da quello regionale ed inoltre è unico per tutte le tipologie formative: residenziale, sul campo e a distanza (n° 5).

Il modello regionale prevede delle agevolazioni relative sia alle informazioni cartolari da inserire sulla piattaforma adattata e contestualizzata per la Regione Puglia, sia agli aspetti economici legati alle attività formative, le quali si differenziano a seconda che il soggetto organizzatore sia un'azienda sanitaria pubblica o un altro soggetto organizzatore pubblico o privato, come si evince dalle tabelle A (documenti previsti per l'accreditamento dei provider), B (aspetti economici) e C (obiettivi formativi) che esaminano nel dettaglio le agevolazioni definite dal modello della Regione Puglia.

**Tabella A: documenti previsti per l'accreditamento dei provider**

	Accreditamento provider nazionale	Accreditamento provider Regione Puglia	
		Aziende Sanitarie pubbliche	Altri soggetti organizzatori
Dati dell'organizzazione (organizzatore, sede legale, sede operativa, legale rappresentate, richiesta accreditamento, dati economici)	Si	Si	Si
Dati dei responsabili (responsabile segreteria, responsabile amministrazione)	Si	Si	Si
Coordinatore e Componenti Comitato Scientifico	Si	Si	Si
Responsabile Sistema Informatico e Responsabile Qualità	Si	Si	Si
<b>Atto costitutivo e statuto</b>	Si	No	Si
<b>Esperienza di formazione in ambito sanitario</b>	Si	No	Si
<b>Procedure per l'utilizzo di sedi, strutture e attrezzature di altro soggetto (contratti, accordi, partenariato, ecc)</b>	Si	No	Si
<b>Struttura organizzativa specifica con funzionigramma e organigramma</b>	Si	No	Si
<b>Sistema informatico dedicato alla formazione in ambito sanitario</b>	Si	No	Si
<b>Piano di Qualità</b>	Si	No	Si
Dichiarazione del Legale Rappresentante attestante la veridicità della documentazione connessa alla registrazione in qualità di provider	Si	Si	Si
Piano formativo	Si	Si	Si

Per quanto riguarda gli aspetti economici, il modello regionale per i provider residenziali, i provider FSC e i provider FAD prevede il contributo annuale fisso invariato rispetto a quello nazionale, pari ad 2.582,28 Euro, e la riduzione del contributo legato alle attività formative secondo il seguente schema:

**Tabella B: aspetti economici**

	<b>PROVIDER PUBBLICO - AZIENDA SANITARIA-</b>	<b>ALTRI PROVIDER PUBBLICI</b>	<b>PROVIDER PRIVATO</b>
PROGETTI AZIENDALI (PFA)	nessun contributo	-	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualficazione 2010-2012 (Tabella C)*
EVENTI	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010	riduzione del 30% del contributo di accreditamento stabilito dal D.M. del 26/02/2010 solo se in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualficazione 2010-2012 (Tabella C)

\* I Progetti Aziendali (PFA) sono organizzati dalle aziende sanitarie pubbliche e dai seguenti soggetti organizzatori privati: Casa di cura privata accreditata e non accreditata.

Per il provider pubblico che organizza Progetti Formativi Aziendali (PFA) non è previsto nessun contributo da versare, mentre per gli eventi vi è una riduzione del 30% del contributo alle spese rispetto a quello previsto dal sistema nazionale.

Per il provider privato vi è una riduzione del 30% del contributo di accreditamento rispetto a quello nazionale, solo se gli obiettivi dell'attività formativa sono in linea con gli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e Riqualficazione 2010-2012, (tabella C obiettivi formativi). Il contributo annuale fisso e quello legato alle attività formative sono da corrispondere all'Organismo regionale per la Formazione in Sanità, incardinato funzionalmente presso l'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, in quanto Ente Accreditante deputato a gestire la formazione continua in medicina a livello regionale.

Tabella C: obiettivi formativi

<b>OBIETTIVI FORMATIVI NAZIONALI</b>	<b>OBIETTIVI DEL PIANO DELLA SALUTE 2008-2010 PIANO DI RIENTRO E DI RIQUALIFICAZIONE 2010-2012</b>
<b>Farmacoepidemiologia, farmaeconomia, farmacovigilanza</b> (campo obbligatorio del tracciato record)	<i>Razionalizzazione della spesa farmaceutica</i> <i>Appropriatezza prescrittiva</i> <i>Promozione e diffusione di linee guida sull'utilizzo di farmaci ad alto costo</i>
<b>Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali</b> (campo obbligatorio del tracciato record)	<i>Promozione di modelli gestionali- organizzativi innovativi</i> <i>Valutazione delle tecnologie sanitarie - Health Technology Assesment</i> <i>Sviluppo e diffusione delle Information Communication Technology (ICT)</i> <i>Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa: trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse</i>
<b>Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera</b> (campo obbligatorio del tracciato record)	<i>Riorganizzazione e sviluppo della rete dei servizi territoriali</i> <i>Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera: organizzazione della continuità assistenziale</i> <i>Aggiornamento delle competenze del personale delle strutture oggetto di riconversione</i> <i>La rete distrettuale</i>
<b>Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura</b> (campo obbligatorio del tracciato record)	<i>Sviluppo di percorsi e reti assistenziali in ambito ospedaliero</i> <i>Sviluppo di nuovi percorsi diagnostici assistenziali</i>
<b>Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute</b> (campo obbligatorio del tracciato record)	<i>Promozione di politiche e di programmi di Health Promotion</i> <i>Programmi di prevenzione: promozione degli stili di vita salubri, prevenzione delle malattie cronicodegenerative, prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive</i> <i>Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità</i>

<p><b>Fragilità tutela degli aspetti assistenziali e socio –assistenziali</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Fragilità (l' abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori, la tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva, la popolazione immigrata, i soggetti diversamente abili, i soggetti con patologie psichiatriche, le dipendenze patologiche, gli anziani, la popolazione carceraria)</i></p>
<p><b>Sanità veterinaria</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Sanità veterinaria</i></p>
<p><b>Sicurezza ambientale e/o patologie correlate</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Sicurezza ambientale e/o patologie correlate</i></p>
<p><b>Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate</i></p>
<p><b>Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Promozione e diffusione del governo clinico</i></p>
<p><b>Aspetti relazionali (comunicazione interna ed esterna col paziente) e umanizzazione delle cure</b> (campo obbligatorio del tracciato record)</p>	<p><i>Umanizzazione del sistema delle cure</i></p>

Una volta ottenuto l'accreditamento provvisorio e versato il contributo annuale fisso, il provider comunica, attraverso la piattaforma dell'AgeNaS adattata per la Regione Puglia, il programma definitivo di ogni progetto/evento almeno 30 giorni prima della data di inizio (per i progetti/eventi RES e FSC) o della data di attivazione (progetti/eventi FAD).

Entro 90 giorni dalla fine del progetto/evento il provider versa il contributo relativo all'attività formativa svolta, in funzione del numero di crediti attribuiti per i progetti/eventi RES e FSC, del numero di crediti e del numero di partecipanti per i progetti/eventi FAD (n° 6).

L'ORFS effettua ex post, attraverso visite in loco, la verifica della sussistenza dei requisiti per il mantenimento dell'accreditamento. Ogni anno si effettuano delle visite ad almeno il 10% dei provider accreditati, finalizzate a rilevare l'idoneità dei requisiti ed eventuali violazioni. In caso di rilevazione di violazioni dei requisiti richiesti, l'Ente accreditante/ORFS emette i conseguenti provvedimenti che possono includere ammonizioni con indicazione delle correzioni richieste e dei termini entro cui attuarle, sospensione temporanea o, nei casi più gravi, revoca dell'accreditamento (n° 7).

La comunicazione tra l'AgeNaS e l'ORFS si svolge attraverso l'indirizzo e-mail dell'Organismo, [formazioneinsanita@regione.puglia.it](mailto:formazioneinsanita@regione.puglia.it), che è l'interfaccia istituzionale con la segreteria ECM (n°8).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1382

**Costituzione Comitato Paritetico di Valutazione per la valutazione, la verifica e il riscontro della attività svolte in attuazione della Convenzione tra la Regione Puglia e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (art. 5). Nomina, per la Regione Puglia, dei referenti per la gestione delle attività previste dalla Convenzione (art. 4).**

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Direzione di Area delle Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, su indicazioni del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, dott. Felice Ungaro, riferisce quanto segue:

**Visto**

- il D.L. n. 229/99, modificativo ed integrativo del D.L. n. 502/92, che introduce l'obbligo dell'educazione continua in medicina definendone le finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione;
- l'Accordo Stato - Regioni dell'1 agosto 2007 "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina" che ha definito il programma E.C.M. 2008 - 2010, che assegna alle regioni nuovi ed importanti compiti e funzioni;
- l'Accordo Stato - Regioni del 5 novembre 2009, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1979 del 13 settembre 2010, che ha definito i principi relativi al 'nuovo sistema di formazione continua in medicina - Accredimento dei Provider E.C.M., formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, libero professionisti';
- che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella seduta del 13 gennaio 2010, ha approvato il 'Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato-regioni del 5 novembre 2009 per l'accREDITAMENTO', con il quale si sono avviate le procedure connesse all'accREDITAMENTO dei provider residenziali, provider di Formazione sul campo (FSC) e provider di Formazione a Distanza (FAD);

- che con D.G.R. n. 93 del 3 febbraio 2009 la regione Puglia ha istituito l'Organismo regionale per la Formazione in Sanità con l'obiettivo di coordinare tutte le attività di formazione in ambito sanitario e di realizzare un'organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema sanitario Regionale;
- che a supporto delle attività dell'Organismo sono state istituite la Consulta regionale per la Formazione in Sanità, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 626 del 21 aprile 2009 e la Commissione regionale per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1.234 del 21 luglio 2009;
- che il Piano di Formazione Regionale 'Laboratorio di Formazione 2009 - 2011', adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2411 del 4 dicembre 2009, ha previsto il finanziamento della fase di avvio del modello di accREDITAMENTO in via sperimentale dei progetti e degli eventi formativi della Regione Puglia.

**Considerato che**

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1155 dell'11 maggio 2010 si è provveduto all'approvazione dello schema di Convenzione tra la Regione Puglia e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) per la realizzazione dell'accREDITAMENTO regionale in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, dei provider residenziali, dei provider di Formazione sul Campo (FSC) e dei provider di Formazione a Distanza (FAD);
- il Piano di Rientro e Riqualficazione 2010 - 2012 della Regione Puglia prevede la definizione e l'implementazione di un sistema di accREDITAMENTO regionale della formazione continua;
- per la gestione delle attività previste dalla convenzione (art. 4 comma 1) è prevista, da parte della Regione Puglia, la nomina, del referente scientifico, individuato nella figura del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, dott. Felice Ungaro, di un referente tecnico - informatico e di un referente amministrativo;
- nell'art. 4 comma 2 del su citato schema sono stati designati:

- dr. Sandro di Sabatino, collaboratore istituzionale esperto per lo sviluppo sistema informatico, coordinatore tecnico - informatico per l'attuazione delle attività informatiche;
  - dr.ssa Maria Linetti, responsabile amministrativo gestionale ECM e Segretario della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, responsabile tecnico - scientifico;
  - dr.ssa Laura Conti, dirigente della Sezione Affari Generali e Personale, referente amministrativo per l'attuazione degli aspetti amministrativo - contabili;
- per la valutazione, la verifica e il riscontro delle attività svolte in attuazione della convenzione (art. 5) è prevista l'istituzione di un Comitato Paritetico di Valutazione, costituito da 5 componenti, così come di seguito specificato:
- a) un componente della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, con la funzione di Presidente, già designato dal Comitato di Presidenza nella seduta dell'11 marzo 2010, nella persona del dott. Giuseppe Luigi Palma;
  - b) due componenti designati dalla Regione Puglia;
  - c) un componente designato dal Direttore dell'Agenzia Nazionale;
  - d) il responsabile amministrativo - gestionale ECM e Segretario della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, nella persona della dott.ssa Maria Linetti.

#### **Ritenuto**

- di designare, per la Regione Puglia, come referenti, per la gestione delle attività previste dalla convenzione, le seguenti figure professionali, così come previsto dall'art. 4 comma 1:
  - dr. Felice Ungaro, direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, referente scientifico;
  - dr. Luigi Scavelli, figura professionale del Servizio Comunicazione Istituzionale della Regione Puglia, referente informatico;
  - dr. Marco Biagio Marsano, collaboratore amministrativo professionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari, referente amministrativo;
- di nominare, per la Regione Puglia, come componenti del Comitato Paritetico di Valutazione per la valutazione, la verifica e il riscontro delle attività

svolte in attuazione della convenzione, le seguenti figure professionali, in conformità all'art. 5:

- dr. Felice Ungaro, direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità;
- dr.ssa Patrizia Ciufici, collaboratore amministrativo professionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari.

#### **“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/2001E 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.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4 lett. k) 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 dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità su indicazioni del Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

#### **DELIBERA**

per i motivi e le finalità esposte in narrativa che qui si intendono integralmente riportate,

- di designare, per la Regione Puglia, come referenti, per la gestione delle attività previste dalla convenzione, le seguenti figure professionali, così come previsto dall'art. 4 comma 1:

- dr. Felice Ungaro, direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, referente scientifico;
  - dr. Luigi Scavelli, figura professionale del Servizio Comunicazione Istituzionale della Regione Puglia, referente informatico;
  - dr. Marco Biagio Marsano, collaboratore amministrativo professionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari, referente amministrativo;
- di nominare, per la Regione Puglia, come componenti del Comitato Paritetico di Valutazione per la valutazione, la verifica e il riscontro delle attività svolte in attuazione della convenzione, le seguenti figure professionali, in conformità all'art. 5:
- dr. Felice Ungaro, direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità;
  - dr.ssa Patrizia Ciufici, collaboratore amministrativo professionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari.
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n.13 del 12/04/1994;
- di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1383

**Partecipazione alla Call for Proposals "European Alliances for Mobile and Mobility Industries and Creative industries" - Approvazione proposta "European Creative Cluster Lab - Managing Networked Creativity to Boost European Competitiveness"**

Assente la Vicepresidente, Assessore allo Sviluppo Economico e Innovazione Tecnologica, avv.

Loredana Capone, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio Ricerca Industriale e Innovazione tecnologica e confermata dal Dirigente del Servizio Ricerca e Competitività, riferisce quanto segue l'Ass. Sasso:

Nell'ambito del Programma Competitività e Innovazione (CIP) la Dg Imprese ha pubblicato una call che mira a realizzare alleanze strategiche nei servizi innovativi, in nome di un'economia della "creatività", nel framework dell'Europa 2020.

Questo invito a presentare proposte è un primo passo concreto per mettere in pratica gli orientamenti politici in materia di innovazione nei servizi che sono stati presentati nelle comunicazioni recentemente adottate in materia di politica industriale. L'innovazione nei servizi può essere sostenuta a diversi livelli: a livello di attività, per esempio, attraverso progetti di ricerca e sostegno finanziario per lo sviluppo di nuovi modelli di business, a livello di impresa, potenziando la capacità delle aziende di servizi a innovare più velocemente e meglio, a livello settoriale o intersettoriale, creando un ambiente imprenditoriale favorevole all'innovazione dei servizi, attraverso la liberalizzazione dei mercati dei servizi, la tutela efficace dei consumatori e la fissazione di standard che rafforzino la fiducia nei servizi innovativi. Il presente invito mira a sostenere, migliorare, incoraggiare e promuovere tutte le forme di innovazione nelle imprese. Esso si basa sull'articolo 13 del Programma Quadro per la Competitività e l'innovazione (CIP) ed in particolare mira a realizzare un sostegno più strategico all'innovazione nei servizi con l'obiettivo di sbloccare il potenziale trasformativo a livello settoriale e di mercato e contribuire a rafforzare la capacità innovativa dell'economia come parte dell'attuazione della strategia di Europa 2020. Pertanto, al fine di assistere meglio le regioni e gli Stati membri che sostengono un concetto ampio di innovazione - anche nei servizi e l'innovazione non tecnologica -, questo invito a presentare proposte sosterrà la creazione di due Alleanze europee che affrontino aspetti specifici e trasversali di innovazione nei servizi ad elevato impatto. Il budget della call è di 11,5 milioni di euro al fine di creare due alleanze europee, che affronteranno aspetti specifici e inter-settoriali dell'innovazione in aree con un elevato impatto sul mercato: European Mobile and Mobi-

lity Industries Alliance (1/G/ENT/CIP/11 / C / N01C031) e European Creative Industries Alliance (2/G/ENT/CIP/11/C/N03C011).

La European Creative Industries Alliance mira a rafforzare il ruolo delle industrie creative come catalizzatore di innovazione e cambiamento strutturale, promuovendo l'utilizzo più efficace di tutte le diverse forme di conoscenza e creatività, per sostenere la nascita di nuove industrie in grado di combinare questi due elementi con le moderne tecnologie, in particolare le ICT. Per ciascuna delle due alleanze vengono istituite delle piattaforme al fine di stabilire un dialogo politico sulle strategie per una migliore progettazione e innovazione industriale su queste aree. Ogni alleanza si realizza attraverso 4 strand.

Lo Strand 8 della European Creative Industries Alliance prevede azioni concrete per promuovere l'eccellenza e la cooperazione dei cluster nelle industrie creative innovative. Nell'ambito dello strand 8 i consorzi candidati devono formare un partenariato di al massimo 5 partner, composto da organizzazioni di cluster e/o autorità nazionali, regionali e/o locali responsabili di un programma di cluster o iniziative nel campo delle industrie creative. I partner devono provenire da almeno tre paesi eleggibili. E' previsto il finanziamento di 2 progetti con finanziamento comunitario massimo di 1.250.000 di euro per progetto. Il contributo comunitario è pari al 50% dei costi totali ammissibili.

La Regione Puglia è stata invitata a partecipare al progetto "European Creative Cluster Lab -Managing Networked Creativity to Boost European Competitiveness" (ECCL) finalizzato alla creazione di un "laboratorio" europeo per la elaborazione di nuovi approcci, strumenti e processi nella gestione di cluster creativi con una partnership composta dalla agenzia pubblica per l'innovazione, l'ICT e i media MFG Baden-Württemberg (Germania) in qualità di coordinatore, Barcelona Media (Spagna), la città di Lille (Francia) e la città di Varsavia (Polonia)

La partecipazione alla gara -allo stato -non comporta oneri di tipo giuridico e/o finanziario, che saranno oggetto di successiva definizione, e solo in caso di approvazione della proposta.

La presentazione della proposta di partecipazione al bando citato deve essere effettuata entro il termine decadenziale del prossimo 24 giugno 2011.

Si propone, pertanto, la partecipazione della Regione Puglia a tale progetto e, al fine della sua attuazione, del Servizio Ricerca e Competitività.

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

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

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 4, lettera k) della L.R. n. 7 del 4 febbraio 1997.

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

#### **LA GIUNTA REGIONALE**

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

vista la dichiarazione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio Ricerca e Competitività che attesta la conformità alla legislazione vigente;

a voti unanimi espressi nei modi di legge,

#### **DELIBERA**

- di prendere atto delle premesse che formano parte integrante del presente provvedimento;
- di aderire alla call European Creative Industries Alliance (2/G/ENT/CIP/11/C/N03C011);
- di approvare la partecipazione della Regione Puglia al progetto "European Creative Cluster Lab Managing Networked Creativity to Boost European Competitiveness";
- di dare mandato al Servizio Ricerca e Competitività di espletare gli adempimenti necessari al perfezionamento di detta adesione;

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

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1384

**Sentenza Corte Costituzionale n. 42/2011 relativa a giudizio di costituzionalità dell'art. 3 c. 40 della l.r. 40/2007. Adempimenti conseguenti.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile della A.P.- "Gestione, monitoraggio e controllo fabbisogno personale SSR" dell'Ufficio 4 confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Con legge regionale 31 dicembre 2007 n. 40 all'art. 3 comma 40, la Regione aveva stabilito che le Aziende Sanitarie e gli IRCCS pubblici procedessero nel triennio 2008-2010 alla stabilizzazione del personale del ruolo della dirigenza medico, veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa con incarico a tempo determinato, previo superamento di apposita pubblica selezione di natura concorsuale e con le procedure e i criteri previsti del DPR 483/97 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del servizio sanitario nazionale).

Il Tribunale amministrativo regionale della Puglia, sede di Lecce con ordinanze del 28 aprile e 19 maggio 2009 ha sollevato, in riferimento agli articoli 3, 97, terzo comma, e 117, primo comma della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'art.3, comma 40 della legge della Regione Puglia 31 dicembre 2007, n.40 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008-2010 della Regione Puglia).

La Corte Costituzionale con sentenza 7 febbraio 2011 n. 42/2011 pubblicata sul BURP n.29 del 24.2.2011 ha dichiarato l'illegittimità costituzio-

nale dell'art.3 comma 40 della legge regionale 31 dicembre 2007 n. 40 in riferimento all'art.97 terzo comma della Costituzione, dato che esso prevede una procedura selettiva interamente riservata, in assenza di alcuna peculiare ragione di interesse pubblico.

Pertanto, occorre dare esecuzione alla sentenza della Corte Costituzionale n. 42/2011 fornendo ai Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie ed Enti del Servizio Sanitario Regionale indirizzi applicativi affinché essi, qualora non abbiano già provveduto, promuovano le azioni finalizzate alla cessazione degli effetti dei contratti di lavoro a tempo indeterminato sottoscritti con i destinatari dell'articolo 3 comma 40 della l.r.40/2007. In particolare, si ritiene che le aziende debbano notificare agli interessati, in applicazione di quanto previsto dal Codice Civile, la risoluzione dei contratti di lavoro a tempo indeterminato per l'impossibilità sopravvenuta correlata alla declaratoria di incostituzionalità della disposizione normativa regionale che ha permesso la stabilizzazione.

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

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

Il Dirigente del Servizio  
Silvia Papini

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

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett.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 della A.P. dell'ufficio 4 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

#### *DELIBERA*

- di disporre, per le motivazioni di cui in premessa e quivi riportate, in esecuzione della sentenza della Corte Costituzionale n. 42/2011 che i Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale promuovano, qualora non abbiano già provveduto, entro 15 (quindici) giorni dalla data di ricevimento del presente provvedimento, le azioni finalizzate alla cessazione degli effetti dei contratti di lavoro a tempo indeterminato sottoscritti con i destinatari dell'articolo oggetto della sentenza. In particolare i Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle aziende ed Enti del SSR devono notificare agli interessati, in applicazione di quanto previsto dal Codice Civile, la risoluzione dei contratti di lavoro a tempo indeterminato per l'impossibilità sopravvenuta correlata alla declaratoria di incostituzionalità delle disposizioni normative che hanno permesso la stabilizzazione;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della l.r. 15/2008.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1385

**Deliberazione di Giunta Regionale n. 931 del 10.5.2011 "Adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011. Indirizzi applicativi." Integrazione.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, Prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria espletata

dal Responsabile della A.P.- "Gestione, monitoraggio e controllo fabbisogno personale SSR" dell'Ufficio 4 confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Con deliberazione n. 931 del 10.5.2011 la Giunta Regionale, in esecuzione della sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011, ha fornito ai Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale indirizzi applicativi in merito alla tipologia degli adempimenti da adottare in relazione alle censure della Corte Costituzionale.

Il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze con parere n. 0000128/P dell'1.6.2011 relativamente agli artt. 2, commi 1, 2 e 4, 13, 15, 16, comma 3, 17, 18, 19, comma 8, 20, 21, commi 1, 4, 5 e 6, della legge della Regione Puglia 25 febbraio 2010, n. 4 (Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali) ha richiesto che "...la Regione adotti una nuova delibera che apporti le necessarie precisazioni sulle azioni da intraprendersi per i singoli gruppi di articoli oggetto di censure definendo i relativi tempi per il completamento delle procedure in maniera puntuale che, in ogni caso, non possono andare oltre il 21 giugno 2011."

Per quanto riguarda le precisazioni sulle azioni da intraprendersi, si rappresenta che sulla base delle indicazioni fornite dal citato provvedimento giuntale, i Direttori e/o Commissari Straordinari, devono:

- a) annullare d'ufficio gli atti adottati in applicazione degli articoli dichiarati costituzionalmente illegittimi;
- b) invitare gli interessati a sottoscrivere la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro per la sopravvenuta declaratoria di incostituzionalità della l.r. n.4/2010 che ha sottratto de jure il fondamento normativo su cui si radicava il contratto di lavoro, determinando la improseguibilità del medesimo rapporto di lavoro;
- c) in mancanza di consenso adire il magistrato del lavoro al fine di conseguire la risoluzione del contratto per impossibilità sopravvenuta.

Relativamente ai termini, si evidenzia che con il citato provvedimento n. 931/2001 la Giunta Regio-

nale ha già stabilito in 15 gg. (quindici) dalla notifica del provvedimento, avvenuta in data 23.5.2011, il termine per la definizione delle azioni da intraprendere per la risoluzione dei contratti sottoscritti con i destinatari degli articoli oggetto della sentenza. Tale termine è scaduto il 7.6.2011

Per quanto sopra, si propone alla Giunta Regionale di integrare la deliberazione n. 931/2011 con le precisazioni sopra indicate e di disporre che i Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale trasmettano entro il 21.6.2011, alla Regione-Assessorato alle Politiche della Salute,-Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, relazione in merito al completamento delle procedure stabilite con la deliberazione n. 931/2011 e con il presente schema di provvedimento.

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

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

Il Dirigente del Servizio  
Silvia Papini

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

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett.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 della A.P. dell'ufficio 4 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

**DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in narrativa e quivi integralmente riportate

- di integrare il primo capoverso del dispositivo della deliberazione di Giunta Regionale n. 931 del 10.5.2011 relativa agli indirizzi applicativi della sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011, fermo restando quant'altro stabilito nella stessa, come di seguito riportato:  
i Direttori e/o Commissari Straordinari, delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale devono:
  - a) annullare d'ufficio gli atti adottati in applicazione degli articoli dichiarati costituzionalmente illegittimi;
  - b) invitare gli interessati a sottoscrivere la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro per la sopravvenuta declaratoria di incostituzionalità della l.r. n. 4/2010 che ha sottratto de jure il fondamento normativo su cui si radicava il contratto di lavoro, determinando la improseguibilità del medesimo rapporto di lavoro;
  - c) in mancanza di consenso adire il magistrato del lavoro al fine di conseguire la risoluzione del contratto per impossibilità sopravvenuta;
- di disporre che i Direttori Generali e/o Commissari Straordinari delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale trasmettano entro il 21.6.2011, alla Regione - Assessorato alle Politiche della Salute - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, relazione in merito al completamento delle procedure stabilite con la deliberazione n. 931/2011 e con il presente schema di provvedimento;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sarà pubblicato sul BURP della Regione Puglia ai sensi della l.r. 15/2009.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1387

**ACCORDO STATO-REGIONI-ENTI LOCALI  
5 maggio 2011 - Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza. Recepimento.**

L'Assessore alle Politiche della salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile della P.O. Assistenza riabilitativa e Residenze sociosanitarie, dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

La Conferenza unificata per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e gli enti locali, nella seduta del 5 maggio 2011, ha sancito l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett.c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente le "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (repertorio atti n. 44/CU).

Dette Linee di indirizzo sono state elaborate a conclusione dei lavori di una Commissione tecnico scientifica sullo Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, istituita con DM 12 settembre 2005, per lo studio e la ricerca di carattere statistico, medico, scientifico e giurudico delle dimensioni del fenomeno connesso ai pazienti in Stato Vegetativo e/o minimamente cosciente nel nostro Paese.

Il predetto documento scaturisce dall'esperienza di esperti qualificati e da esperti delle singole Regioni con l'obiettivo di mettere a disposizione delle Regioni modelli e requisiti organizzativi per la realizzazione di percorsi di diagnosi e cura concepiti in una logica di rete.

Le "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" promuovono:

- la necessità che ciascuna regione definisca lo specifico percorso assistenziale da seguire per le persone in condizione di S.V. e S.M.C;
- i percorsi che dovranno prevedere il tipo di assistenza e la relativa organizzazione dalla fase iperacuta e critica a quella post-acuta fino a quella di stato e di possibile rientro a domicilio della persona in condizione di S.V. e S.M.C.

Si propone, pertanto, di recepire l'accordo concernente le "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza", che costituisce l'allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, disponendone la pubblicazione sul BURP e l'inserimento sui siti internet della Regione Puglia () e dell'A.Re.S. () al fine di garantire la massima conoscenza da parte delle strutture del SSR.

La presente deliberazione sarà notificata ai Direttori generali delle ASL, delle Aziende ospedaliere e degli IRCCS.

**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.

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 della P.O. Assistenza Riabilitativa e Residenze socio-sanitarie, dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 -Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica -e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

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

1. di recepire l'accordo concernente le "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato

Vegetativo e Stato di Minima Coscienza” (repertorio atti n. 44/CU) sancito in Conferenza Stato-Regioni-Enti locali, nella seduta del 5 maggio 2011, ai sensi dell’ articolo 9, comma 2, lett.c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che costituisce l’allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di notificare il presente atto, a cura del Servizio

PAOS, ai Direttori generali delle ASL, Aziende ospedaliere ed IRCCS;

3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/’94 e l’inserimento nei siti internet della Regione Puglia e dell’A.Re.S.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza".

Rep. n. 44/CU DEL 5 maggio 2011

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 5 maggio 2011:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in particolare l'articolo 8-octies, che prevede che le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni rese;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 di "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", nel quale viene indicata la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliero che per quello territoriale;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con decreto del Presidente della Repubblica il 7 aprile 2006 che, nell'affrontare la problematica assistenziale della non autosufficienza e della disabilità, pone l'accento sulla necessità di agire sul potenziamento dell'assistenza territoriale, sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali, anche mediante la realizzazione di reti assistenziali con i necessari supporti tecnologici;

VISTA la nota pervenuta in data 5 ottobre 2010, diramata con lettera del 11 ottobre 2010, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 28 marzo 2011 con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione della proposta di accordo in parola, che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso della riunione tecnica svoltasi il 3 novembre 2010;

CONSIDERATO che tale nuova versione, con lettera in data 5 aprile 2011, è stata diramata alle Regioni e Province autonome ed agli Enti locali;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 28 aprile 2011, le Regioni e le Province autonome hanno proposto alcune modifiche dello schema di accordo in parola le quali sono state ritenute accoglibili dal Ministero della salute;

CONSIDERATO che, nel corso della medesima riunione tecnica del 28 aprile 2011, il rappresentante dell'ANCI ha espresso parere tecnico favorevole;

VISTA la lettera in data 29 aprile 2011 con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di accordo in parola, che recepisce la modifiche concordate nel corso della predetta riunione tecnica;

VISTA la nota del 29 aprile 2011 con la quale la definitiva versione dello schema di accordo è stata diramata alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e degli Enti locali;

#### SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e gli enti locali, nei seguenti termini:

#### PREMESSO CHE:

- il decreto ministeriale del 12 settembre 2005 che ha istituito la Commissione tecnico scientifica sullo Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza per lo studio e la ricerca di carattere statistico, medico, scientifico e giuridico delle dimensioni del fenomeno connesso ai pazienti in Stato Vegetativo e/o minimamente cosciente nel nostro Paese;

- il documento "Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" è stato elaborato a conclusione dei lavori della predetta Commissione;
- il D.M. 23 maggio 2008 ha conferito delega di attribuzioni del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali al Sottosegretario di Stato, On. Eugenia Roccella, per taluni atti di competenza dell'amministrazione;
- il D.M. 15 Ottobre 2008 ha istituito il "Gruppo di Lavoro sullo Stato Vegetativo e di Minima Coscienza", presieduto dal Sottosegretario di Stato, On. Eugenia Roccella;
- il numero e l'aspettativa di vita di soggetti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza è in progressivo aumento in tutti i paesi industrializzati;
- il progresso tecnico-scientifico e l'implementazione delle conoscenze e delle tecniche nel campo della rianimazione hanno determinato sia un miglioramento della qualità dell'assistenza che una prolungata sopravvivenza a patologie degenerative e cerebrali;
- la necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sulla appropriatezza e sulla centralità effettiva del paziente;
- il risultato dell'attività svolta dal Gruppo di Lavoro istituito con D.M. 15 ottobre 2008, che ha prodotto il documento "Stato Vegetativo e di Minima Coscienza - Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali" è consultabile nel portale del Ministero della Salute;
- il documento illustra ed esamina aspetti di diagnosi, cura e assistenza dei pazienti in Stato Vegetativo e li contestualizza all'interno di modelli di percorsi assistenziali delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
- tramite un approccio multidisciplinare di qualificati professionisti, questi percorsi sono finalizzati ad assicurare la "presa in carico" del paziente e dei familiari dalla fase acuta al reinserimento domiciliare e che il percorso si articola come un sistema integrato "coma to community";
- il documento del gruppo di lavoro propone approcci clinici e suggerimenti operativi che scaturiscono dall'esperienza di esperti qualificati con l'obiettivo di mettere a disposizione delle regioni, che ne valuteranno l'adattabilità alla propria specifica realtà, modelli e requisiti organizzativi, anche di eccellenza, che agevolino la realizzazione dei percorsi di diagnosi e cura prospettati in una logica di rete;

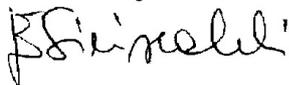
## SI CONVIENE:

- sulla necessità che ciascuna Amministrazione definisca, con atto formale, lo specifico percorso assistenziale da seguire per le persone in condizione di S.V. e S.M.C. Tale percorso, partendo da quanto già attuato e in particolare dalle eventuali positive esperienze già realizzate nel proprio territorio, dovrà tener conto delle considerazioni cliniche contenute nelle linee di indirizzo di cui all'art. 10, e inserirsi in modo strutturale all'interno dell'organizzazione e programmazione sanitaria caratterizzante ciascuna Regione e Provincia Autonoma. Tali percorsi dovranno essere trasferiti nelle carte dei servizi e dovranno essere comunicati con chiarezza alle famiglie, in modo di accompagnarle e supportarle durante tutte le fasi dell'assistenza e presa in carico del proprio congiunto;
- che i percorsi dovranno prevedere il tipo di assistenza erogata e la relativa organizzazione dalla fase iperacuta e critica, a quella post-acuta fino a quella di stato e di possibile rientro a domicilio della persona in condizione di S.V. e S.M.C. Particolare attenzione dovrà essere posta nelle modalità di passaggio da una fase all'altra e nelle modalità di dimissione protetta tra l'assistenza prestata in un determinato ambito o servizio e quella prestata nell'ambito o servizio successivo, in modo da evitare fratture nella continuità assistenziale e condizioni di improprio abbandono delle famiglie;
- che nella fase acuta è necessario porre attenzione immediata agli aspetti funzionali e conseguentemente riabilitativi, fin dalla degenza in reparti critici, riducendo, per quanto consentito dalle condizioni cliniche del paziente, la permanenza in reparti di rianimazione e intensivi e collocando al più presto il paziente in ambienti anche sub intensivi, dove l'attenzione al suo stato funzionale possa essere affidata a professionisti particolarmente esperti nel settore delle gravi Cerebro Lesioni Acquisite;
- che nella fase post-acuta è essenziale prevedere unità dedicate alla neuro-riabilitazione intensiva e alle gravi cerebro lesioni acquisite e il loro collegamento in rete con gli altri servizi di riabilitazione sia a breve sia a più lungo termine;
- che nella fase di stato è indispensabile prevedere sia una soluzione di assistenza domiciliare integrata, sia una di assistenza residenziale in strutture extra-ospedaliere. La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in S.V. e S.M.C. e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi e condivisa dalle famiglie. Tale scelta potrà cambiare nel tempo in funzione dei possibili mutamenti della situazione della persona in S.V. e S.M.C. e delle condizioni della famiglia;
- che in tutto il percorso assistenziale, fin dalle prime fasi, devono essere previste modalità adeguate di informazione e comunicazione con la famiglia, di supporto per i familiari più

impegnati nell'assistenza, con particolare riguardo al caregiver, di aiuto nelle fasi più critiche e decisionali nella gestione del congiunto. Le strutture extra-ospedaliere dedicate all'assistenza residenziale delle persone in S.V. e S.M.C. potranno essere utilizzate anche per ricoveri di sollievo per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare del familiare;

- di promuovere a livello nazionale e regionale adeguate forme di consultazione con le associazioni dei familiari;
- di promuovere iniziative e interventi finalizzati al monitoraggio della qualità dell'assistenza erogata sulla base di idonei flussi informativi afferenti al NSIS e di specifiche indagini epidemiologiche;
- di promuovere l'adozione di linee guida nazionali su aspetti clinici con particolare riferimento ai criteri di stabilizzazione clinica e di passaggio tra settings;
- sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" di cui all'allegato 1, parte integrante del presente atto, che scaturisce dall'esperienza di esperti qualificati e da esperti delle singole Regioni, con l'obiettivo di mettere a disposizione delle Regioni, che ne valuteranno l'adattabilità alla propria specifica realtà, modelli e requisiti organizzativi, anche di eccellenza, che agevolino la realizzazione dei percorsi di diagnosi e cura prospettati in una logica di rete.
- il predetto documento, allegato al presente accordo, ne costituisce il riferimento culturale e di contesto per quanto convenuto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
On. Dott. Raffaele Fitto



## Allegato 1

**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA****INTRODUZIONE**

Il documento ha lo scopo di definire linee di indirizzo sull'assistenza delle persone in condizioni di bassa responsività protratta. È chiaro che tale obiettivo può essere raggiunto efficacemente solo se si abbraccia e contestualizza il problema all'interno del percorso per le gravi cerebrolesioni acquisite, come già affrontato nel 2005 nel documento "Di Virgilio".

Nonostante la numerosa documentazione delle varie Regioni, nella maggior parte delle Regioni non sono stati attivati espliciti percorsi regionali istituzionalizzati per la corretta gestione sanitaria delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA). Esiste comunque una rete di centri dedicati alle gravi cerebrolesioni acquisite, pubblici, privati convenzionati o IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), che hanno svolto attività di intervento riabilitativo, spesso con scarsi collegamenti con la fase acuta e con l'assistenza sul territorio.

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti fin dalla fase acuta è utile fare riferimento anche ai risultati dello studio condotto da 17 Regioni italiane nell'ambito del Progetto di Ricerca Finalizzata 2005: "Il Percorso Assistenziale Integrato nei Pazienti con Grave Cerebrolesione Acquisita (Traumatica e Non Traumatica) Fase Acuta e Post-Acuta", a cura di Salvatore Ferro e Rebecca Facchini Servizio Presidi Ospedalieri - Regione Emilia-Romagna.

Il documento conclusivo (2009) riporta: "I documenti individuati dai referenti regionali sono costituiti da delibere (regionali o aziendali), piani sanitari regionali, progetti (regionali o aziendali), lettere informative, circolari, e in qualche caso linee guida per la pratica clinica che, pur potendo rappresentare un valido strumento di governo clinico, non sono abitualmente dotate di valore normativo.

Un aspetto preminente della eterogeneità dell'assistenza ai pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite riguarda l'attenzione dedicata dalle regioni alle diverse fasi assistenziali del percorso integrato, che si concentra soprattutto nelle fasi precoci dell'assistenza mentre le fasi in cui si dovrebbe realizzare un'efficiente integrazione ospedale-territorio (cioè la fase di dimissione e post-dimissione) appaiono proporzionalmente meno ricche di provvedimenti normativi, anche nelle regioni che dedicano maggiore attenzione all'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite".

L'analisi descrittiva del materiale raccolto nelle diverse regioni ha, dunque, permesso di rilevare una marcata eterogeneità nella tipologia di documenti emanati, associata a una notevole varietà di modelli organizzativi assistenziali come è pur evidente la mancanza di omogeneità di nomenclatura, di procedure e di organizzazione strutturale.

Il Gruppo di lavoro rileva, dunque, che le **criticità prevalenti** riguardano la:

- disomogeneità di criteri diagnostici con conseguente disomogeneità di codifica
- disomogeneità di procedure diagnostico-terapeutiche

- disomogeneità di requisiti minimi strutturali per ogni fase
- disomogeneità del sistema di remunerazione
- assenza delle diagnosi di SV, SMC e “postumi” di gravi cerebrolesioni acquisite nella categoria Handicap gravi.

L'eterogeneità dell'approccio a questi pazienti, sia in fase acuta che post-acuta, implica la non disponibilità di dati esaustivi sul piano epidemiologico, indispensabili per poter adeguare alle richieste l'offerta di idonei servizi riabilitativi, consentendo solo una stima approssimativa dei soggetti in SV/SMC o con severi postumi disabilitanti da gravi cerebrolesioni acquisite.

Negli ultimi decenni a seguito di gravi cerebrolesioni acquisite, con incidenza e prevalenza di particolare rilievo, è emersa una nuova popolazione di pazienti, con quadri clinici complessi dominati da gravi alterazioni dello stato di coscienza che includono il coma, lo stato vegetativo (SV) e lo stato di minima coscienza (SMC), che sono in progressivo aumento, anche in virtù dei progressi della medicina dell' Emergenza-Urgenza.

Le tre condizioni cliniche sopra enunciate implicano un'alterazione della consapevolezza del sé e dell'ambiente, ma hanno differenze cliniche che influenzano le decisioni diagnostico-terapeutiche, la prognosi, il trattamento, il coinvolgimento delle famiglie ed i costi della gestione globale.

## DIFFERENZE tra COMA, SV, SMC, LOCKED-IN SYNDROME

Table 2. The differential diagnosis of the vegetative state.

Condition	Vegetative state	Minimally conscious state	Locked-in syndrome	Coma	Death confirmed by brainstem tests
Awareness	Absent	Present	Present	Absent	Absent
Sleep-wake cycle	Present	Present	Present	Absent	Absent
Response to noxious stimuli	+/-	Present	Present (in eyes only)	+/-	Absent
Glasgow Coma Scale score	E4, M1-4, V1-2	E4, M1-5, V1-4	E4, M1, V1	E1-2, M1-4, V1-2	E1, M1-3, V1
Motor function	No purposeful movement	Some consistent or inconsistent verbal or purposeful motor behaviour	Volitional vertical eye movements or eyeblink preserved	No purposeful movement	None or only reflex spinal movement
Respiratory function	Typically preserved	Typically preserved	Typically preserved	Variable	Absent
EEG activity	Typically slow wave activity	Insufficient data	Typically normal	Typically slow wave activity	Typically absent
Cerebral metabolism (PET)	Severely reduced	Insufficient data	Mildly reduced	Moderately to severely reduced	Severely reduced or absent
Prognosis	Variable: if permanent. continued vegetative state or death	Variable	Depends on cause but full recovery unlikely	Recovery, vegetative state or death within weeks	Already dead

NB: as explained in the text, EEG and measures of cerebral metabolism are not required to make these clinical diagnoses.

EEG = electroencephalography; PET = positron emission tomography

*Tabella tratta da : The vegetative state: guidance on diagnosis and management. The Royal College of Physicians, Clin Med. 2003 May-Jun; 3(3):249-54.*

Si fa qui riferimento agli Stati Vegetativi che conseguono al coma indotto da gravi cerebrolesioni acquisite, cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o, comunque, da noxae acquisite, che non includono le patologie congenite, involutive e degenerative.

Come affermato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN), la domanda di riabilitazione negli ultimi anni ha registrato un incremento imputabile non solo ai progressi della medicina d'urgenza, che oggi consentono la sopravvivenza di pazienti un tempo destinati all'exitus, ma, in parte, anche all'aumento dei gravi traumatismi accidentali.

Un soggetto colpito da grave cerebrolesione acquisita subisce una grave destrutturazione delle funzioni cerebrali che, nel suo aspetto più rilevante, si traduce in uno stato di coma.

Se non sopravviene la morte, nell'arco di ore, giorni o, al massimo, di 3-6 settimane, nel paziente si verifica un progressivo recupero delle funzioni autonome con "apertura degli occhi" senza ricomparsa dello stato di coscienza, lasciandolo in quel quadro clinico definito "stato vegetativo".

In accordo con le direttive dell'American Congress of Rehabilitation of Medicine (1), lo "Stato Vegetativo" si configura come un peculiare e grave stato clinico caratterizzato da "apertura degli occhi, con cicli sonno-veglia alla registrazione EEG, senza manifestazioni di consapevolezza di sé e dell'ambiente e con parziale o completo recupero delle funzioni vegetative ipotalamiche e troncali".

L'apertura degli occhi e la ripresa di un ritmo sonno-veglia senza manifestazioni di attività cosciente, l'assenza di deglutizione che impone la nutrizione artificiale, la presenza di cannula endotracheale, la necessaria gestione delle comorbilità premorbuse o secondarie alla fase intensiva (granulazioni ed ulcere endotracheali, stati settici, ulcere da decubito, deformazioni artuali), il controllo del quadro neurologico, delle posture patologiche in decorticazione/decerebrazione, della spasticità grave resistente ai comuni trattamenti anti-spastici, della disautonomia vegetativa con crisi di sudorazione profusa, tachicardia, tachipnea, ipertensione/ipotensione arteriosa e delle ulteriori eventuali complicazioni, la necessità di un attento e costante nursing, giustificano, nell'attuale assetto organizzativo, il rifiuto del ricovero di questi soggetti in reparti di riabilitazione non dotati di setting assistenziali e dell'expertise adeguati alla complessità di un paziente ancora instabile con conseguente ingiustificata, protratta e costosa permanenza in Rianimazione.

E' ampiamente dimostrato che la disabilità residua di un paziente con GCA dipende non solo dal danno primario ma anche, e talvolta soprattutto, dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell'acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti.

Va, qui, sottolineata la facilità con cui le complicanze possono instaurarsi e autoalimentarsi, a circolo vizioso, in un paziente così "fragile", in cui la grave alterazione dello stato di coscienza e/o la stessa protratta immobilità sono fonte di "disastri clinici" spesso irreparabili.

## CRITICITÀ E DANNI EVITABILI

Allo stato attuale il raccordo tra le conoscenze scientifiche sulle caratteristiche delle GCA e le ricadute organizzative relative alla prognosi è ancora carente.

In Italia, nella pratica corrente, sia nella codifica delle SDO sia nella diagnosi d'accettazione che di dimissione, non viene riportata la severità dei quadri clinici. Il sistema attuale, infatti, non rileva il funzionamento e la disabilità dei pazienti.

La proposta di intervento organizzativo, qui formulata, scaturisce in parte da studi che hanno identificato le aree "fragili" dell'attuale assetto assistenziale.

Diversi studi confermano che la percentuale delle "morti evitabili" e delle disabilità gravi è significativamente più elevata in assenza di strutture deputate al trattamento delle GCA e quando l'assenza di competenze specifiche comporta un'inadeguata gestione con disconoscimento dei problemi clinici da cui derivano indicazioni cliniche o terapeutiche inadeguate, ritardate o, addirittura, non poste.

Già da tempo le linee-guida per il trattamento delle GCA, delineate nelle linee Guida sulla Riabilitazione 1998 e tratte da trial internazionali randomizzati nonché da modelli operativi esteri (7)(8)(9), hanno dimostrato che i pazienti trattati in **reparti dedicati** hanno una minor incidenza di

mortalità e una miglior prognosi rispetto a quelli trattati in reparti non dedicati. Da tutto ciò si evince sia la necessità di un **percorso dedicato**, articolato in tappe all'interno di un **continuum terapeutico**, sia l'importanza di un **precoce intervento neuroriabilitativo**.

Alcune unità sub intensive per pazienti affetti da GCA sono già presenti nel panorama ospedaliero nazionale, ma la regola è piuttosto la loro assenza.

Si rende necessario, quindi, indicare l'istituzione di unità operative/ o aree (nuclei) **dedicati, a carattere semintensivo** e ad **alta valenza riabilitativa**, la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari (neurologo, fisiatra, anestesisti/intensivisti, neurochirurgo, internista, ortopedico, infettivologo...) e delle professioni sanitarie. (10-15)

Nell'ambito di tutte le sequele da GCA, il trattamento assistenziale e riabilitativo degli SV e degli SMC necessita di particolare attenzione in quanto queste condizioni:

- sono ad elevata e progressivamente **crescente incidenza**, con elevata mortalità e disabilità;
- determinano quadri clinici complessi con considerevole impegno gestionale e di intervento in equipe;
- l'assistenza necessita di **competenza ed esperienza** peculiari;
- necessitano di un'**organizzazione multi e interdisciplinare** per corrispondere a precisi bisogni clinici;
- necessitano di **strutture dedicate** di riferimento ad alta valenza riabilitativa già dalla fase acuta;
- l'intervento di **informazione e di supporto psicologico dei familiari** deve essere disponibile e mirato a creare un'alleanza terapeutica con l'equipe già dalla fase acuta;
- è evidente la necessità di identificare e formare una **nuova cultura professionale** specifica nonché di incrementare nuove aree di ricerca.

La **necessità di definire un percorso lineare e precoce** per SV e SMC deriva da una serie di considerazioni:

- il lungo periodo di neuro riabilitazione corrisponde nel tempo a situazioni clinico funzionali e necessità assistenziali diverse che comportano un assetto dell'organizzazione dell'assistenza articolata in successivi livelli di cura;
- è documentato che la permanenza delle persone in SV/SMC nelle Rianimazioni, oltre ad avere costi elevatissimi, non favorisce il recupero; di conseguenza è necessario avviare precocemente percorsi di recupero;
- la condizione di SV, soprattutto nelle fase acuta, ha necessità di una presa in carico intensiva, precoce e competente;
- la fase riabilitativa ospedaliera dei pazienti in SV e in SMC tende in genere a prolungarsi con programmi multidimensionali di lunga durata (5-12 mesi). La possibilità di ridurre il livello di assistenza negli esiti può comunque avere un impatto profondo sulla qualità della vita del paziente e dei familiari e sui costi dell'assistenza a lungo termine;

- al pari della permanenza nei reparti di cura intensiva, la permanenza oltre il necessario nei reparti di riabilitazione intensiva di pazienti in SV o in SMC determina un improprio ricovero e impedisce l'accoglienza di nuovi casi. Pertanto è opportuno chiarire il percorso e la denominazione delle strutture in grado di accogliere queste patologie anche per non disorientare i familiari;
- la mancanza di recettività e di organizzazione dei servizi territoriali causa l'impropria permanenza, oltre il necessario, nei reparti ospedalieri;
- la famiglia esprime forti domande e complessi bisogni lungo tutto il percorso di cura e riabilitazione.

Un coinvolgimento attivo e guidato dei familiari nel progetto riabilitativo consente una stimolazione affettiva significativa che generalmente permette di rivelare più precocemente i primi segni di responsività dei pazienti; di rassicurare emozionalmente i pazienti in agitazione psicomotoria (con notevole riduzione della necessità dell'uso di neurolettici e sedativi spesso dannosi per il recupero della responsività); di promuovere la vera alleanza terapeutica con la famiglia, che spesso rappresenta il feedback più affidabile della qualità assistenziale dell'equipe riabilitativa e un monitoraggio attento dei cambiamenti significativi del quadro clinico; riduce l'ansia, il senso di impotenza e di frustrazione dei familiari ed evita iniziative personali non utili e talvolta dannose per il paziente (tentativi di alimentazione per bocca o mobilitazioni non autorizzate).

Spesso emerge una rivendicazione di un proprio ruolo e di proprie "competenze". Occorre tenerne conto sviluppando progetti educativi e strategie di implementazione specificamente dedicate ai familiari. In un sistema integrato, le famiglie non si dovrebbero trovare nella necessità di una ricerca personale delle opportunità di cura o di una autogestione organizzativa dei processi di assistenza in assenza di risorse di supporto.

Alla luce di tutto questo appare importante spingere le Regioni a rendere omogenea l'organizzazione sanitaria e socio-assistenziale a favore dei pazienti in SV e SMC raccomandando un percorso lineare e razionale a partire dalla fase acuta, assicurando la "presa in carico" dell'individuo nella sua intera realtà patologica attraverso una articolazione a rete, posta in un continuum, comprendente le UO (unità operative) per l'emergenza, le UO per acuti, le UO di riabilitazione nonché le infrastrutture sociali. Tale percorso, già delineato nel documento Di Virgilio 2005, si inserisce pienamente nelle raccomandazioni delle Conferenze di Consenso e delle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998.

In questa prospettiva ci troviamo perfettamente in linea con le indicazioni del PSN e le linee di indirizzo per la riabilitazione (recentemente approvate dalla conferenza stato-regioni). Inoltre, questa strutturazione è in accordo anche con i nuovi LEA, in attesa di definitiva approvazione ed emanazione che incentivano l'individuazione di percorsi terapeutici con programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché programmi incisivi per l'incremento del grado di appropriatezza.

Un buon sistema di cure primarie produce un elevato grado di appropriatezza, un minore ricorso a ricoveri impropri, una relazione di fiducia e di consenso dei familiari.

In particolare per la congruità con i LEA è fondamentale:

- il riconoscimento della funzione strategica dei sistemi di assistenza primaria;
- il rilancio delle indicazioni di percorsi diagnostico - terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri;

- la necessità di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;
- lo sviluppo, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, di quello che è stato definito lo spazio del “governo clinico”;
- la considerazione dell’integrazione professionale come elemento imprescindibile per l’esistenza e il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, in funzione di una presa in carico efficace delle cronicità;
- la valorizzazione dei vari profili professionali sanitari coinvolti nella loro specificità;
- la necessità di riorientare le professionalità mediche e sanitarie, sociali e assistenziali, ad una capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni di salute e di assistenza, di interlocuzione pronta, di intervento preventivo, di azioni curative e riabilitative;
- l’implementazione del sistema informativo finalizzato all’incremento non solo dell’efficienza ma anche della qualità;
- sono prioritari l’integrazione professionale e la partecipazione alla governance del sistema, l’individuazione e selezione delle scelte cliniche più appropriate, il miglioramento dell’impatto clinico ed economico dei comportamenti professionali sugli obiettivi del sistema.

Alcune disposizioni delle leggi finanziarie per il 2005, il 2006 e il 2007 precisano e specificano la disciplina dei LEA.

La legge n. 311 del 2004 (art. 1, comma 169) demanda ad un regolamento ministeriale l’individuazione degli standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza.

L’iter per l’adozione dei LEA si applica anche alla definizione dei predetti standard relativi alle tipologie di assistenza e servizi per le aree di offerta individuate dal PSN.

L’intento è di integrare e specificare i LEA sul versante attuativo, assicurarne una erogazione omogenea tra le diverse aree del territorio, evitando disparità dei costi sostenuti (dalle singole Regioni) e nel trattamento riservato ai cittadini (con differente residenza).

Alcune disposizioni della legge n. 266 del 2005 (l. finanziaria per il 2006) fanno riferimento all’art. 1, c. 169 della legge n. 311 del 2004. L’art. 1, c. 80, lett b) richiama gli standard di cui alla disposizione sopra citata in caso di mancata definizione da parte delle Regioni dei tempi di attesa per le singole prestazioni rientranti nei LEA.

Da un’analisi fisiologicamente connessa alla attuale realtà, è dunque emersa, ormai da tempo, la necessità di direttive nazionali per definire i percorsi di cura e incentivare lo sviluppo di reti regionali assistenziali dei pazienti in SV e SMC nell’ambito di una più complessiva riqualificazione dei percorsi assistenziali per pazienti con GCA.

### **SISTEMA A RETE INTEGRATA “COMA TO COMMUNITY”**

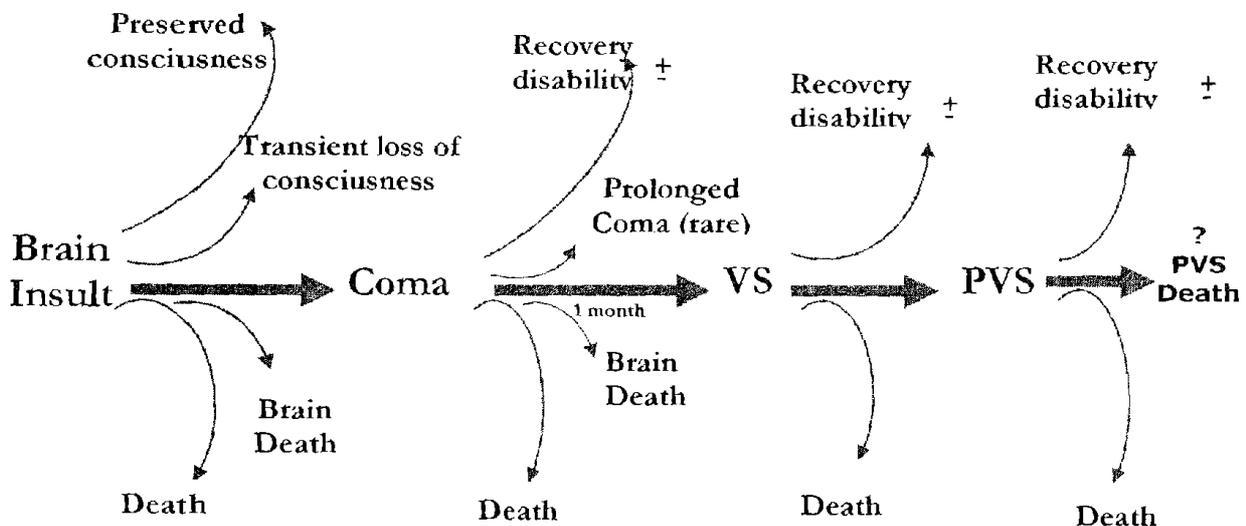
La proposta, come già individuato dalla precedente Commissione (Di Virgilio 2005), è basata su un cambiamento di prospettiva, passando dalla necessità di regolare al meglio il flusso dei pazienti in SV e SMC nell’ambito di una più complessiva riqualificazione dei percorsi assistenziali per pazienti con GCA, all’indicazione di organizzare un “sistema esperto” integrato a rete di percorsi “dal coma al domicilio”, con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure. Un percorso “certo” per tutti i pazienti.

senza selezione a monte, e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee (con il grave rischio di inappropriati flussi passivi, interregionali o all'estero).

Il sistema dedicato, infatti, deve basarsi sull'articolazione di vari reparti assistenziali permettendo, con una buona tempestività e fluenza, la presa in carico del paziente dalla fase acuta, garantendo adeguati e appropriati servizi di cura, continuità delle cure, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, con dinamiche operative facilitanti la sinergia tra le varie componenti, consentendo di utilizzare in modo idoneo le risorse professionali dell'intero sistema.

Una persona colpita da GCA necessita di ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici nella fase di emergenza-urgenza (fase critica) e di un periodo di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane e talvolta mesi, dedicata alla gestione delle complicanze settiche, respiratorie internistiche, neurologiche (stato di male epilettico), chirurgiche, neurochirurgiche, ortopediche, e un intervento riabilitativo precoce (fase acuta-subacuta). Molti sono coloro che sopravvivono a questa fase, in ampia misura grazie ai notevoli progressi della medicina d'urgenza e al miglioramento della gestione assistenziale e riabilitativa. Sono, a questo punto, successivamente necessari interventi medico-riabilitativi più specifici di tipo intensivo, anch'essi da effettuare in regime di ricovero ospedaliero, che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi (fase post-acuta). Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, oltre alle difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo (fase degli esiti).

### Fasi Cliniche



*Lancet 1997 vol. 350 : 795/799*

La focalizzazione di queste quattro fasi (critica/acuta-subacuta/post-acuta/degli esiti) fondamentali nel decorso della patologia in esame comporta la necessità di dettagliare altrettanti livelli d'intervento. L'intervento riabilitativo deve iniziare, in modo articolato ed integrato, fin dal momento della gestione della emergenza-urgenza; per questo è opportuno elaborare protocolli che consentano una cooperazione strutturata tra le due realtà operative nelle diverse situazioni cliniche; si potrà così impostare il Progetto Riabilitativo Individuale fin dalle fasi più precoci, possibilmente fin dalla fase critica.

In questo modo potranno essere prevenute le complicità che rendono molto più difficoltoso o, addirittura, inficiare il potenziale recupero del soggetto.

In linea con gli scopi istituzionali, cioè di essere di reale aiuto e soddisfare un "bisogno della salute", in linea con le disposizioni legislative, con quanto espresso in termini pressanti da parte dei professionisti del settore, nonché con quanto portato avanti dalle associazioni delle famiglie, si addiverrebbe così ad una ipotesi risolutiva, un esempio di "sanità" in cui è necessario riguadagnare il tempo perduto, operando ogni sforzo perché sperimenti e definisca nuovi modelli assistenziali integrati nelle patologie a più alta necessità.

Sostanzialmente le indicazioni a valenza nazionale, promosse dal Ministero della Salute, tendono a fissare un unico obiettivo, che iscrive il contesto sanitario nell'intero ambito sociale: ridurre tra i cittadini le disuguaglianze che, purtroppo, caratterizzano ancora Paesi anche ad elevata industrializzazione. Particolarmente in ambito delle malattie disabilitanti, nel nostro Paese, queste disuguaglianze esistono ed hanno come determinanti il territorio di residenza, la classe sociale, l'età e la stessa malattia.

La diversa dislocazione territoriale di strutture genera tra i cittadini "disuguaglianze" in termini di mortalità, sopravvivenza e qualità delle cure.

In Italia esistono già in alcune regioni modelli, sorti spontaneamente sulla spinta di alcune componenti locali, che rappresentano un riferimento per affinare le modalità organizzative da applicare sul restante territorio nazionale. Inoltre, dato l'interesse generale del progetto con ricadute in campo socio-sanitario, si ritiene, per un pronto avvio, che possa essere ampiamente in grado di auto-finanziarsi, come dimostrato da diverse esperienze effettuate in altre Nazioni e che possano affluire anche risorse di varia provenienza, quali ad esempio quelle vincolate agli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale o altre risorse come ad esempio quelle del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi europei previsti per il 2010.

In virtù di quanto espresso è opportuno che ogni singola Regione proceda alla codifica di un sistema istituzionalizzato "coma to community" che assicuri un percorso a rete integrata in grado di garantire la "presa in carico globale" del paziente con GCA, dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, un intero setting di fasi, articolate fra funzioni di tipo intensivo-subintensivo, post-acute e croniche, che comprendano anche modelli per pazienti "slow to recover" e "a bassa responsabilità protratta".

Il sistema integrato "coma to community" va dimensionato su un bacino di popolazione adeguato in funzione delle caratteristiche geografiche e degli indicatori epidemiologici per corrispondere all'utenza con tempestività e progressività delle cure, continuità ed appropriatezza in ogni fase del percorso.

L'attivazione del sistema dovrebbe declinarsi in funzione delle caratteristiche demografiche, programmatiche e di contesto di ciascuna Regione, procedere su vari livelli comprendendo tre fasi interdipendenti, ciascuna delle quali si pone come fondamento, presupposto ed integrazione della successiva:

1. programmazione analitica con ricognizione approfondita delle strutture, delle attuali risorse e contemporanea elaborazione, stesura di procedure e protocolli di lavoro, definizione di un linguaggio univoco e di regole dettagliate da seguire uniformemente;
2. definizione e ufficializzazione di un Centro regionale o funzione regionale di riferimento e dei Centri coinvolti a vari livelli nel sistema a rete, contemporanea divulgazione delle linee-guida, formazione con training formativi e d'aggiornamento;
3. attivazione globale del sistema con il preciso mandato di attenersi a quanto elaborato e indicato nei punti 1 e 2, raccolta annuale dei dati epidemiologici sul transito/dimissione di soggetti in SV, SMC e nei vari gradi di disabilità, indicando i corretti codici di malattia, che dovranno confluire prima nel flusso regionale e, di seguito, nazionale.

Tutto il sistema deve essere governato dalla interdisciplinarietà, dalla integrazione professionale e strutturale nonché dalla sussidiarietà prevedendo in ogni fase la risposta a qualsiasi necessità diagnostico terapeutica del paziente.

In un sistema locale, dalla fase iperacuta, che vede già la collaborazione tra emergentisti, neurologi e fisiatristi, si passa al successivo anello del percorso, cioè un livello ad alta valenza riabilitativa precoce, in un setting di assistenza subintensiva nel quale viene identificato un percorso di cura definito sulla base degli indicatori prognostici precoci (età, anamnesi, comorbidità, danni associati, indicatori neurofisiologici).

Da questo livello, in funzione del quadro clinico, degli indicatori prognostici precoci (età, anamnesi, comorbidità, indicatori neurofisiologici, durata, scale validate e non etc.) il paziente potrà passare in un'area post-acuta a funzione di riabilitazione intensiva a breve termine, oppure in un'area di riabilitazione intensiva a lungo termine per pazienti a bassa responsività protratta o a lento recupero.

In sintesi si tratta di ricondurre i percorsi a quelli meglio corrispondenti ai contenuti assistenziali dei servizi che a tale condizione clinica andrebbero offerti, almeno come traguardo, in successione temporale.

Nell'organizzazione globale del sistema "coma to community" sono indispensabili:

- la presa in carico precoce e continuativa dei familiari, fin dalla fase acuta, con procedure informative strutturate, gestione psicologica professionale della situazione di "crisi", coinvolgimento nelle decisioni assistenziali e di percorso;
- strategie e programmi informazione/formazione all'assistenza dei familiari caregivers;
- strategie per la tutela del nucleo familiare, la presa di consapevolezza e la riduzione del carico emotivo;
- il coinvolgimento attivo dei familiari nella decisione degli obiettivi riabilitativi;
- strategie di empowerment dei familiari tramite modalità operative e decisionali che riconoscano un loro ruolo specifico di "esperti della persona" nell'ambito del processo riabilitativo ed assistenziale.

In questo quadro possono assumere importanza anche lo sviluppo di segmenti di riabilitazione LTCR ( "long-term comprehensive" ) come setting specializzati per i pazienti in SV o in SMC a lento recupero.

Quanto finora espresso è imprescindibile per garantire la necessaria continuità delle cure, superare i problemi di insufficienza delle strutture, eliminare le situazioni di abbandono terapeutico ed assistenziale, assicurare il necessario sostegno alle famiglie in difficoltà anche per evitare il permanere inappropriato in strutture a maggiore complessità, non utili ai fini terapeutici e notevolmente costose.

Nella fase degli esiti, i pazienti provenienti dall'area di lungodegenza piuttosto che dall'area di riabilitazione a lungo termine, qualora non fosse possibile il rientro al domicilio, potranno accedere ad un livello assistenziale all'interno di un nucleo dedicato all'accoglienza alla persona (SUAP – Speciali Unità di Accoglienza Permanente), che può essere mono o polivalente, ma, comunque, dedicato alle disabilità gravi e gravissime da patologia neurologica.

Le strutture che realizzano fasi protratte di degenza (lungodegenza dedicate, riabilitazione intensiva a lungo termine ed unità d'accoglienza alla Persona) devono essere caratterizzate da una peculiare organizzazione degli spazi, delle risorse umane, con apertura continua ai familiari e possibilità di convivenza e da progetti espliciti di presa in carico dei familiari.

Vista la complessità assistenziale di questi pazienti sarebbe inoltre auspicabile una rimodulazione della tariffa giornaliera per posto letto oltre a prevedere una forma specifica di incentivazione per le strutture che aderiranno al sistema.

Occorre che nel set delle professionalità dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) sia esplicitamente presente il riabilitatore (integrato nel sistema a rete) con una forte integrazione con il sistema locale.

Il sistema proposto prevede una rete di servizi mirata che si raccordi da un lato con la rete delle strutture per acuti e dall'altro con le strutture sanitarie e sociali territoriali prevedendo la interdipendenza ed integrazione fra centri di elevata specializzazione ed una rete di centri periferici in cui sia prevista la possibilità di indirizzare i pazienti al livello di cura più appropriato nell'ambito della rete per ogni fase del percorso clinico, e di usufruire di competenze specialistiche in modo distribuito nei diversi punti della rete stessa.

Lo sviluppo di tale modello dovrebbe permettere di utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse delle diverse strutture, favorendo il trasferimento di conoscenze e la collaborazione fra il centro e le altre strutture della rete, valorizzando il patrimonio di esperienza già presente in molte di esse.

In analogia a quanto realizzato per altri problemi (p. es. trapianti), il sistema dovrebbe prevedere un Centro o Funzione Regionale di Riferimento e i "nodi" della rete, che nel loro insieme costituiscono il percorso per GCA. (16)

In particolare, come deliberato nel recente Piano di indirizzo per la riabilitazione, il Centro Regionale di Riferimento:

- predispone protocolli operativi per la acquisizione di dati epidemiologici;
- promuove ricerche cliniche ed esperienze controllate verso le nuove tecniche;
- garantisce e si fa carico della formazione, del perfezionamento e dell'aggiornamento dei professionisti;
- offre consulenza tecnica per la costruzione e sperimentazione di ausili, protesi e ortesi.

Il **Centro o Funzione Regionale di Riferimento** non è gerarchicamente sovraordinato, ma ha piuttosto funzione di osservatorio e banca dati ed è responsabile del controllo della corretta prassi diagnostico-terapeutica dei vari centri e della raccolta longitudinale dei dati, attraverso un database utilizzato da tutte le strutture. Il database dovrebbe contenere informazioni su dati clinici dei pazienti, valutazioni funzionali periodiche standardizzate, dati sulle cure, incidenza e indicatori di recupero delle GCA e in particolare degli SV e SMC, informazioni sull'eterogeneità neurofisiologica nei pazienti in SV e SMC e la rilevanza nella diagnosi, prognosi e risposta al trattamento, variazioni regionali nelle cure, analisi delle complicanze, costi e fattori che contribuiscono alle decisioni familiari.

I "**nodi**" della rete dovrebbero essere costituiti da:

- A. Unità Operative intensive di prima accoglienza in fase acuta;
- B. Unità Operative/aree o nuclei sub-intensivi ad alta valenza riabilitativa la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari;
- C. Unità Operative di Riabilitazione post-acuta: Alta specialità neuroriabilitativa per gravi cerebro lesioni acquisite con funzioni tipo hub (UGCA - Cod. 75); Riabilitazione intensiva e,

ove previsto dalla programmazione ospedaliera regionale, Riabilitazione Estensiva, con funzione tipo spoke;

D. Strutture territoriali.

\*\*\*\*\*

A. **Unità Operative di prima accoglienza in fase acuta:** Emergenza-Urgenza, Rianimazione, Neurochirurgia.

B. **Unità Operative/aree, funzioni o nuclei sub-intensivi in fase sub-acuta:** interagiscono con la Rianimazione e la Neurochirurgia per garantire l'approccio neuroriabilitativo tempestivo; danno rapida accoglienza al paziente ancora in fase acuta; definiscono la diagnosi e la prognosi; indirizzano, a stabilizzazione avvenuta, al livello di cura successivo. (17-19)

Si tratta di unità/aree, funzioni o nuclei collocabili, nell'attuale ordinamento, presso un DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di II livello con tutte le specialità o alternativamente, in caso di diversa programmazione e sperimentazione regionale, in strutture organizzate ad hoc presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie ad identificare e trattare h. 24/24 in modo definitivo qualsiasi tipo di lesione e garantire le cure intensive a pazienti con problematiche polidistrettuali.

Tali unità/aree, funzioni o nuclei possono essere UGCA dedicate all'intervento subintensivo o unità subintensive multidisciplinari con competenze neurologiche e fisiatriche oltreché internistiche.

L'obiettivo è di raggiungere la stabilizzazione clinica, superare la fase delle complicanze frequenti, sottoporre il paziente a tecniche riabilitative precoci di attivazione per evitare le complicanze da deafferentazione ed immobilità, valutare a fini prognostici elementi utili ad indirizzare la persona in SV e SMC nel successivo corretto percorso assistenziale e riabilitativo.

C. **Unità Operative di Riabilitazione post-acuta:** Unità post-acuzie di alta specialità che trattano anche gravi cerebro lesioni acquisite (UGCA - Cod. 75), Unità di Riabilitazione Intensiva e Unità per successiva Riabilitazione Estensiva in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA, presso cui sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione più specifica al recupero funzionale.

Hanno il mandato di prendere in carico direttamente pazienti provenienti dalle UO per acuti. Devono disporre di adeguate risorse strutturali e di personale esperto, che permetta il monitoraggio delle funzioni vitali nell'immediata fase post-acuta, la gestione dell'affrancamento progressivo dalla nutrizione parenterale ed enterale (laddove possibile), la presa in carico globale del paziente con adeguati protocolli diagnostico terapeutici (indagini neurofisiologiche e di neuroimaging avanzate), nursing intensivo, riabilitazione foniatrica, training deglutitorio, rieducazione respiratoria, riabilitazione neuropsicologica, riabilitazione e gestione dei disturbi comportamentali, idrochinesiterapia, terapia occupazionale, terapia ortottica, riabilitazione urologica, assistenza sociale per le connessioni con le strutture territoriali, etc).

L'intero percorso riabilitativo deve essere accompagnato da un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale che fornisce terapie individuali e di gruppo, include un team neuropsicologico dedicato al paziente e psicologico dedicato alla famiglia e prevede incontri sistematici e programmati tra l'equipe e il nucleo familiare.

Le Unità Operative di Riabilitazione ad Alta Specialità devono consentire l'accoglienza di tutte le GCA, prevedendo auspicabilmente unità separate per gli SV e di SMC con processo riabilitativo di tipo long-term (LTCR), consentire ai familiari di sperimentare la possibilità di evoluzione favorevole anche dei disturbi di coscienza più gravi e, soprattutto, devono disporre di tutte le risorse necessarie, dalle necessità di monitoraggio delle funzioni vitali e nursing specialistico alla presa in carico riabilitativa attiva: neuromotoria, foniatrica, neuropsicologica, ecc, fino al recupero delle

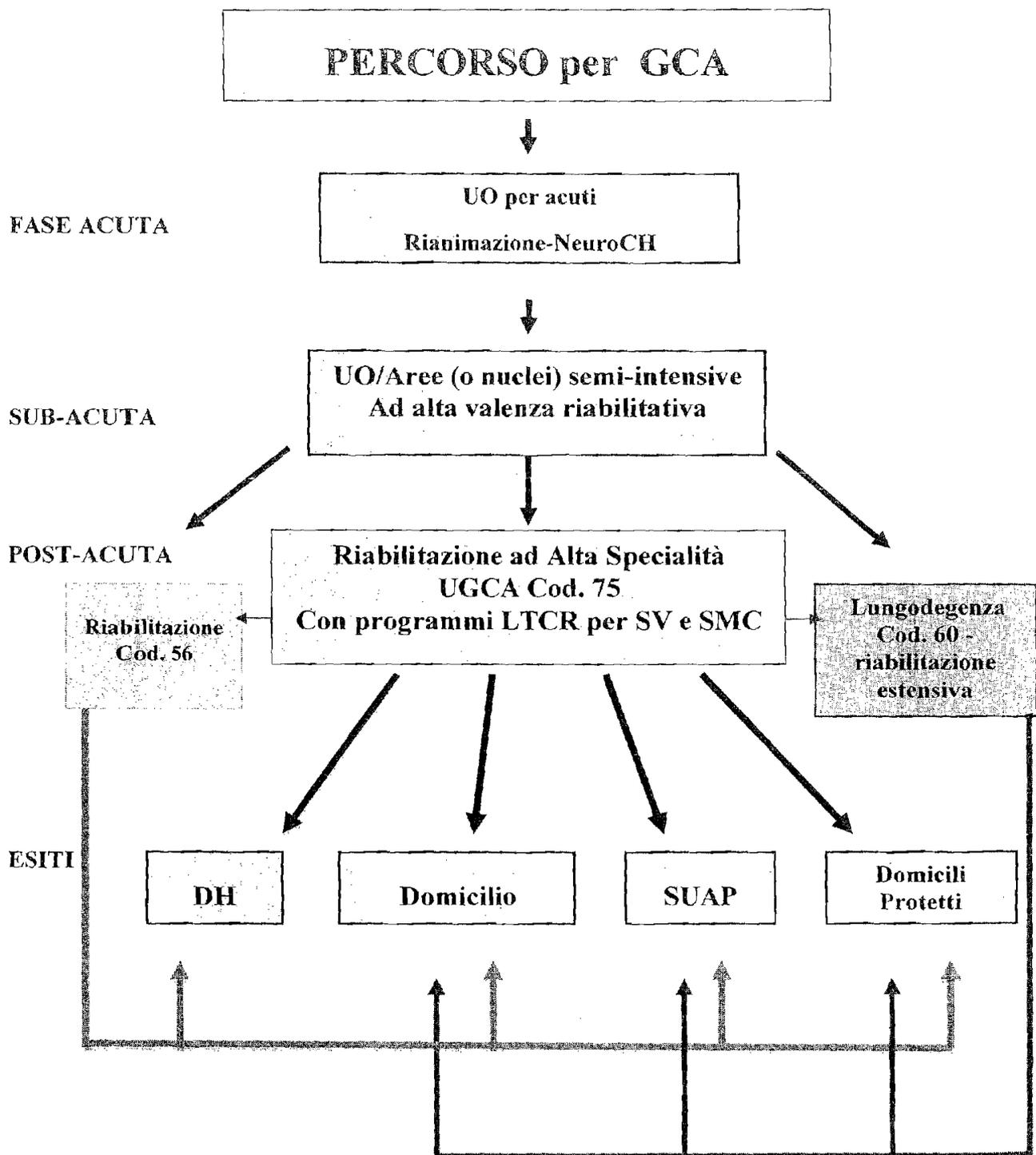
autonomie possibili per le GCA in evoluzioni favorevoli, mirando alla integrazione nel precedente contesto di vita o al passaggio alle speciali unità di accoglienza permanente (SUAP), garantendo la necessaria integrazione con i MMG e le risorse socio-sanitarie del territorio.

Tali Unità devono inoltre disporre di Day Hospital o Ambulatori dedicati o predisporre, nei casi ad evoluzione meno favorevole, il trasferimento a strutture di lungo degenza specifiche come le SUAP o avviare il paziente verso domicili protetti o il proprio domicilio con un piano di assistenza domiciliare integrata, nei casi in cui la famiglia sia in grado di gestire e desideri la ridomiliazione. Nell'ambito del territorio il numero di Centri deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi.

Come indicato dalle Linee Guida Organizzative del 1998, dalla letteratura internazionale e dalla recente Consensus Conference (19) nazionale sul tema, le Unità per le GCA, debbono essere in grado, tramite una attività specificamente dedicata, di accogliere pazienti ad alta complessità e bisognosi di continuare in questa fase un adeguato trattamento di recupero e contenimento del danno.

Accanto a queste specifiche tipologie di Unità di Alta Specialità Riabilitativa, il cui numero e dimensionamento dovrà giungere nel tempo più breve possibile a coprire la domanda espressa in termini di eventi, e che svolgono un ruolo specificamente integrato, si collocano tutte le Unità Operative di Medicina Riabilitativa, come integrazione e supporto all'offerta volta a coprire al meglio tutta la domanda di trattamenti intensivi di riabilitazione, nella logica di Rete integrata sopra espressa. Queste strutture possono essere di riabilitazione intensiva o estensiva.

**D. Strutture territoriali** che svolgono funzione per la gestione dei percorsi di de-ospedalizzazione e reinserimento delle persone con GCA e per la gestione di interventi riabilitativi erogabili con modalità domiciliare. Particolare attenzione va posta nell'organizzare adeguate soluzioni per quei pazienti che permangono in Stato Vegetativo prolungato o cronico, per i quali va agevolata la possibilità del rientro al proprio domicilio o incentivata nelle varie regioni l'attivazione di SUAP o di domicili protetti di nuova concezione.



LTCR : Long Term Comprehensive

## FASE ACUTA (AREA INTENSIVA ) E FASE SUB-ACUTA (AREA SUB INTENSIVA DEDICATA PER GCA)

L'attuale sistema, in accordo con la miglior letteratura in materia (Linee-guida americane ed europee), prevede e sottolinea, come una vera necessità, la "precocità" della "presa in carico" dei pazienti con GCA, già dall'acuzie. Purtroppo, le normative di riferimento si limitano a definire l'importanza della valenza riabilitativa in fase acuta, senza definirne i termini organizzativi.

Nella fase acuta i pazienti sono ricoverati in ospedali per acuti, dove è importante la stabilizzazione del paziente, ma dove dovrebbe essere già avviato in parallelo l'approfondimento diagnostico sul disturbo di coscienza e la valutazione continua degli indicatori prognostici.

Le unità operative/ o aree (nuclei) dedicati, a carattere semintensivo e ad alta valenza riabilitativa, la cui gestione, come fattore imprescindibile, necessita di specifiche competenze in grado di assistere GCA in fase critica, integrate da un approccio interdisciplinare ed interprofessionale che vede il coinvolgimento degli specialisti necessari e delle professioni sanitarie, sono l'anello di congiunzione tra le UO di prima accoglienza (Rianimazione, Neurochirurgia) e le Unità per GCA post-acuzie (UGCA).

Viene indicata la possibilità che le rianimazioni trasferiscano pazienti ancora instabili, minimizzando i tempi di permanenza nelle terapie intensive, che non necessitano più di cure intensive (condizioni di insufficienza multiorgano) in aree di terapia sub-intensiva, che devono rispondere all'esigenza di accogliere pazienti ancora instabili, con sepsi, necessità di completare un iter chirurgico e che in ogni caso non corrispondono ai criteri di stabilizzazione definiti dalla Consensus Conference di Modena del 2000 (20).

Il gold standard dell'assistenza ai pazienti prevede, dunque, dopo il periodo trascorso in reparti di Rianimazione, il rapido passaggio ad aree semintensive, caratterizzate dalla capacità di affrontare i problemi clinici e riabilitativi di un paziente neurologico ancora instabile e ad alto rischio di complicazioni, se pur autonomo dal punto di vista respiratorio.

La fase semi-intensiva dedicata è un anello importante e parte integrante del percorso dedicato alle GCA. Permette di effettuare il bilancio lesionale e funzionale, contribuire alla diagnosi e alla prognosi, dare l'avvio al piano di trattamento individuale di riabilitazione, promuovere la riattivazione delle funzioni corticali stimolando in forma appropriata la plasticità neuronale, favorire il recupero, controllare le complicanze, dare supporto alle famiglie, selezionare il percorso adeguato e garantire l'ulteriore tappa.

Precisare i criteri in base ai quali giungere alla diagnosi, alla classificazione, alla terapia ed alla prognosi dello stato di coma e dello stato vegetativo costituisce ancor oggi un problema di grande interesse e di soluzione assai complessa.

Conoscere a fondo questi pazienti significa riconoscere e prevenire le numerose cause di deterioramento neurologico secondario. Limitare al massimo i "danni", potenzialmente prevenibili: "Every bit of brain matter saved increases function and the possibility that neural plasticity will contribute to a greater recovery". (10)

Non basta comprendere un esame e conoscere i problemi nel loro corso, ma anche certi cambiamenti fisiologici dell'attività cerebrale e neuromuscolare, e delle tecniche connesse, che sono il contesto della terapia riabilitativa in fase acuta.

È necessario evidenziare che questi pazienti non subiscono solo o soltanto i postumi dell'evento acuto ma effetti a caduta, talvolta silenti, e problematiche ulteriori che si sviluppano nel corso del tempo, ma che possono essere individuati in anticipo, da una osservazione clinica esperta e ravvicinata, potendo beneficiare così di un rapido intervento che, in altra situazione ospedaliera non specializzata, non sarebbe possibile.

Le alterazioni del sistema cerebrale provocano problemi che altre malattie non producono.

Queste problematiche devono farci considerare sempre di più le differenze tra i pazienti neurologici e gli altri pazienti acuti. (21)

Allo stesso modo, esiste la necessità di accogliere le famiglie, che pur se normalmente sono in grado di comprendere i disturbi più comuni, trovano difficile capire e trattare con un paziente che è neurologicamente e gravemente compromesso.

Il contatto con le famiglie di questi malati è in genere molto complesso.

La difficoltà di comprensione del disturbo neurologico e delle complicità da parte della famiglia crea ansia e paura più di quanto accada con altre patologie. Mobilità, comunicazione e processi cognitivi scompaiono, lasciando i pazienti in una situazione di totale dipendenza dagli altri.

L'imprevedibilità e gravità della maggior parte delle lesioni cerebrali impedisce ai familiari di avere tempo per esprimere al paziente i loro sentimenti e ciò produce stress e deprime più di ogni altro serio problema di salute, se non è trattato in maniera competente dallo staff medico.

A fare la differenza, infatti, è anche la capacità di guidare e coinvolgere attivamente le famiglie attraverso queste difficili fasi.

La familiarità con questi problemi è fondamentale per garantire il successo e ha bisogno di uno staff che garantisca un livello professionale alto ed uno di esperienza personale altrettanto importante.

Le caratteristiche di queste aree semintensive debbono corrispondere a quelle previste per le strutture subintensive.

In tali aree dovrebbe essere iniziato quanto prima un percorso riabilitativo e diagnostico senza tuttavia la pretesa di esaurire quest'ultimo con il rischio di ritardare l'invio ai reparti di riabilitazione post-acuta intensiva.

Già da questa fase l'autorizzazione ad una maggiore presenza dei familiari accanto al paziente potrebbe consentire il contenimento della deprivazione sensoriale creata generalmente dalle Terapie Intensive. Del resto già negli Stati Uniti e in molti paesi europei l'accesso dei familiari alle Intensive Care Unit (ICU) è molto più libero e aperto di quanto avviene nelle strutture di rianimazione italiane.

Si ritiene pertanto che, salvo situazioni particolari (complicanze respiratorie, settiche, chirurgiche, neurochirurgiche, ortopediche protratte) i pazienti non debbano rimanere in tali strutture (rianimazioni ed aree subintensive) più di 30 giorni. L'obiettivo infatti è quello di ridurre i tempi di permanenza dei pazienti nei reparti di cure intensive fino a completa rispondenza dei criteri di trasferimento nelle UGCA.

Non si può però avere una posizione a priori sul fatto se le Unità sub-intensive debbano essere all'interno dei DEA o in strutture organizzate ad hoc: entrambe le soluzioni potrebbero essere valide, ma categoricamente dipendenti da molteplici fattori locali, non ultimo dei quali l'effettivo set di competenze presenti. Sembra più opportuno rinviare questo aspetto alla programmazione e sperimentazione regionale. Quello che invece si ritiene necessario sottolineare è che qualunque soluzione si adotti, questa deve rientrare in un "percorso" ben organizzato e istituzionalizzato dove le competenze specialistiche interagiscano in modo non formale e dove sia sempre assicurata la presenza della componente neuroriabilitativa in tutti i suoi aspetti, con l'agibilità di risorse umane e ambientali idonee per la gestione di programmi precoci.

#### **FASE POST-ACUTA: UNITÀ PER RIABILITAZIONE POST-ACUZIE DI ALTA SPECIALITÀ (UGCA - COD. 75), UNITÀ DI RIABILITAZIONE INTENSIVA E UNITÀ PER RIABILITAZIONE ESTENSIVA**

Quale sia, all'interno delle UGCA, la soluzione organizzativa più efficace è ad oggi impossibile stabilirlo con certezza e deve essere necessariamente oggetto di una verifica delle esperienze. In ogni caso l'accento deve rimanere su un Sistema Integrato "Coma to Community" caratterizzato da una forte governance clinica. Stante la scarsità di modelli consolidati in Italia, parrebbe essere necessario qualche grado di libertà nella sperimentazione regionale e locale delle soluzioni. In una ipotesi organizzativa coerente il paziente, una volta terminata la fase acuta determinata dai criteri di stabilizzazione clinica (20), dovrebbe essere accolto nelle Unità che seguono anche le Gravi

Cerebrolesioni Acquisite post-acuzie (UGCA), dove il percorso si dovrebbe articolare su vari livelli assistenziali.

E' comunque da sottolineare che i criteri di età, etiologia e pluripatologia non precludono in assoluto il trasferimento verso le UGCA.

Il gruppo di lavoro ha discusso a lungo e ha, infine, concordato che le UGCA si debbano dotare di particolari unità a maggior intensità di trattamento e sorveglianza per l'accoglimento di pazienti più complessi, purché tali strutture siano in continuità con un percorso riabilitativo previsto all'interno delle UGCA. Tale affermazione è in linea con quanto espresso dalle linee guida per la riabilitazione (Maggio 1998).

Il termine per definire queste aree più intensive all'interno delle UGCA potrebbe essere "aree per SV e SMC".

All'interno di tali unità debbono essere garantite competenze, organizzazione e spazi in grado di agevolare il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli. Tali sub unità dovrebbero avere una dimensione congrua. Per una maggior definizione degli aspetti organizzativi sarebbe opportuno definire standard precisi di attrezzature e personale dedicato assieme a protocolli sulla gestione clinica e riabilitativa di queste persone.

Le aree per SV e SMC, o LTCR, inserite nelle UGCA hanno come mandato quello di ricoverare questi pazienti in fase precoce, riducendo i tempi di ricovero nelle Unità di Cure Intensive. Per rispondere a questo mandato non è opportuno che tali reparti ricoverino pazienti in SV o SMC in fase di cronicità, salvo il perseguimento di obiettivi specifici definiti da specialisti della rete di assistenza e cura (un esempio è la valutazione e le attività connesse alla rimozione di una cannula, oppure una rivalutazione in ambiente specialistico in caso di modificazioni dello stato di vigilanza/coscienza).

In riferimento alle condizioni cliniche, dovrebbero essere garantiti percorsi riabilitativi diversificati in base ai bisogni e agli obiettivi di recupero: quello "**Long Term Comprehensive Rehabilitation**" (LTCR) è rivolto ai pazienti slow-to-recover (degenza misurabile in mesi).

I pazienti in condizioni di bassa responsività protratta (SV e SMC) rientrano in questa seconda tipologia di bisogno riabilitativo. La distinzione non è fondata sulla diagnosi clinica, né deve implicare nuove tipologie di strutture, ma sulla peculiare tipologia di bisogni clinici, di percorso e di setting, nonché sulla rilevanza che assume il tema della presa in carico della famiglia.

All'uscita dal percorso riabilitativo ospedaliero, i pazienti che permangono in stato di grave alterazione della coscienza, dopo aver effettuato congrui periodi di cura e riabilitazione, quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico sia stato definito, il quadro clinico sia stabilizzato, si strutturano più percorsi verso il domicilio, dove possibile, ma possono essere avviati, a seconda delle condizioni cliniche e della capacità di supporto della famiglia o alle SUAP o a domicili protetti di nuova concezione.

Anche in questo percorso è necessario attuare una speciale attenzione nei confronti del recupero dello stato di coscienza con un costante monitoraggio dei pazienti ed una pari attenzione ai familiari ed al loro percorso di elaborazione.

E' fondamentale che le sedi di accoglimento territoriali siano in collegamento funzionale con le pluri-specialità necessarie alla corretta gestione dei pazienti.

Il percorso complessivo per GCA non dovrebbe abitualmente superare i 12 mesi per i traumatici ed i 6 mesi per i non traumatici.

Le evoluzioni particolarmente favorevoli possono consentire un passaggio verso trattamenti in DH (Day Hospital).

Come detto precedentemente, i pazienti che permangono in stato di grave alterazione della coscienza, dopo aver effettuato congrui periodi di cura e riabilitazione, quando l'inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico sia stato definito, il quadro clinico sia

stabilizzato e vi sia una indimissibilità, possono trovare accoglienza nelle strutture descritte di seguito.

## FASE DEGLI ESITI

Lo Stato Vegetativo veniva definito "permanente" implicando, in questo caso, un concetto di irreversibilità e, quindi, di prognosi negativa per il recupero a distanza di dodici mesi dall'evento. (22)

Da molti anni è stato convenzionalmente stabilito che l'aggettivo "permanente" non può e non deve essere usato dal momento che, anche se in forma sporadica, si è assistito ad evoluzioni cliniche, invece il termine permanente implica una certezza di immodificabilità della non responsività che non può essere data per scontata e che rischia solo di affievolire ogni interesse per il paziente.

Viene usato invece il termine Stato Vegetativo prolungato o cronico, con l'indicazione della durata. Tale fase, che subentra solitamente dopo alcuni mesi (3-6 per pazienti non traumatici e 12 per i traumatici), è caratterizzata da non evidenti modificazioni o da modificazioni molto limitate del quadro neurologico e della coscienza.

L'attivazione di percorsi domiciliari interessa quelle persone in cui persiste una condizione di bassa responsività e le cui necessità assistenziali non sono più tali da impedirne l'affidamento all'ambiente extrasanitario.

E' opinione condivisa che la mancanza di un percorso di rete efficiente e di un progetto che si delinca all'interno del percorso precedentemente descritto crea enormi difficoltà ai reparti di riabilitazione, specialmente di alta specialità (Cod. 75) nella dimissione di pazienti "cronici". Come sottolineato dalla Consensus Conference di Verona del 2005, uno degli anelli fragili della catena per queste condizioni è la carenza di strutture e percorsi non ospedalieri che consentano appunto la gestione della cronicità.

Infatti, in mancanza di strutture e percorsi chiaramente definiti, la proposta di dimissione risulta difficilissima anche per le implicazioni di tipo familiare. Inoltre, affermare che più il quadro (sia esso SV o SMC) si cronicizza, meno è necessario un intervento riabilitativo, risulta inaccettabile per i familiari che, in assenza di una prospettiva assistenziale di qualità, avvertano la situazione del congiunto come una condizione di abbandono terapeutico.

Anche il termine "cronicità" non definisce il quadro clinico di riferimento ma, solo il decorso temporale delle malattie. Non va interpretato in forma rigida e non soltanto per l'impatto devastante che ha per la famiglia. Infatti, come sottolineato dalle Associazioni delle famiglie dei pazienti, il termine "cronicità" molto spesso non evoca la necessità di accompagnamento, condivisione, presa in carico, ma molto più semplicemente rimanda a termini come "parcheggio", "attesa di fine vita" e tutte la terminologia che i media possono coniare nelle definizioni di "non mondo", "non vita" o "altro."

E' necessario, comunque e sempre, nella gestione di tali pazienti garantire un sistema di monitoraggio dello stato di coscienza e documentare la loro responsività c/o la loro evoluzione da parte di specialisti neurologi esperti in riabilitazione e fisiatristi esperti in riabilitazione neurologica.

Sembra a questo punto non solo opportuno, ma fondamentale e significativo, introdurre una nuova concezione dei pazienti in SV o SMC, sostenuta anche dalle Associazioni delle famiglie. Secondo queste, infatti, è *importante e innovativo iniziare a sviluppare il concetto, per cui una persona in SV, in particolare quella che raggiunge la stabilità clinica, non debba essere più considerata "malato o paziente", bensì persona con "gravissima" disabilità che, al pari di altre con gravissime patologie croniche, può seguire terapie di prevenzione, mantenimento e cura presso strutture non sanitarie. Tale considerazione è da ritenersi importante sia per legittimare la richiesta di passaggio di una persona in SV o SMC a strutture di carattere "non prettamente sanitario", sia per "agevolare" e predisporre gli aspetti psichici e psicologici della famiglia coinvolta ad una*

*migliore comprensione dello stato del suo congiunto e della sua nuova realtà e quindi ad una sua predisposizione per un ritorno a casa del congiunto o per un suo passaggio ad altra struttura.*

*E' chiaro ed evidente che la fase di passaggio ad altra struttura non sanitaria di persone con disabilità gravissime (quali quelle in SV o SMC) costituisce una fase molto delicata che necessita di indispensabili strumenti sociali e sanitari di supporto alla persona e alla famiglia".*

Le soluzioni che il gruppo di lavoro individua sono:

1. **DOMICILIO**
2. **SPECIALI UNITÀ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP)**
3. **RESIDENZE DOMICILIARI PROTETTE**

#### **1. DOMICILIO (Reinserimento domiciliare)**

L'esigenza di prendere in esame e mettere definitivamente a fuoco un percorso assistenziale specificamente dedicato alle persone in condizioni di stato vegetativo è strettamente collegata all'evidente impatto sociale che esse determinano e alle difficoltà crescenti che l'offerta attuale da parte delle istituzioni sanitarie, sia pure con le solite eccezioni virtuose, determina in termini di oneri assistenziali a carico delle famiglie nelle quali è presente una persona in stato vegetativo: oneri tanto più pesanti quanto più marcate sono le deficienze strutturali ed organizzative dei servizi sanitari e lacunosi e disomogenei i programmi di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi socio-sanitari del territorio. A queste considerazioni si deve aggiungere la difficoltà di coinvolgere e coordinare nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale le numerose figure professionali impegnate nelle diverse fasi della condizione di stato vegetativo.

La complessità della problematica è affrontabile in maniera efficace ed efficiente se improntata ai seguenti principi generali:

- A. Il percorso assistenziale della persona in stato vegetativo in assistenza domiciliare deve caratterizzarsi per la complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione alla evoluzione della condizione, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale. Per queste ragioni è indispensabile individuare con chiarezza le diverse criticità e gli interventi da mettere in campo in relazione ad esse.
- B. La continuità assistenziale tra l'assistenza domiciliare e le altre forme di assistenza sanitaria alla persona in stato vegetativo deve basarsi sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale.
- C. La centralità e l'unitarietà della persona devono rappresentare elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale domiciliare.

È sentita, pertanto, come indifferibile l'esigenza di mettere a punto un sistema integrato che parta dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) che possa costituire lo snodo tra il paziente, la famiglia e gli operatori del sistema.

L'obiettivo deve essere quello di integrare l'assistenza domiciliare nella più complessiva rete assistenziale che garantisca, attraverso un continuo feed-back, l'attuazione per ciascun paziente del proprio specifico percorso assistenziale ed il suo continuo aggiornamento in relazione all'evolversi della condizione.

Risulta pertanto necessario che al paziente in assistenza domiciliare venga garantita:

- un'ampia condivisione dei dati del paziente tra i vari operatori del sistema;
- una regia unitaria capace di coniugare efficacia, qualità e tempestività degli interventi;
- la "rete" assistenziale, sia in termini di struttura che in termini di collegamento operativo tra tutte le figure professionali coinvolte;
- la promozione di iniziative atte a facilitare l'accesso periodico alle strutture specialistiche ed ospedaliere per la effettuazione di prestazioni sanitarie richieste dal medico curante;
- la promozione di forme avanzate di integrazione sociosanitaria anche supportate con forme di attribuzione mensile alle famiglie di risorse finanziarie eventualmente rese disponibili dal sistema regionale dei servizi sociali.

Il rientro nel proprio domicilio, laddove possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. A fronte di tale auspicio occorre tuttavia segnalare come il carico assistenziale (con il devastante coinvolgimento emozionale, relazionale, di tempo e di risorse economiche) sia molto elevato come risulta dai dati presentati nella Consensus Conference di Verona 2005 (media di 90 ore assistenza settimanali). Prima del rientro a domicilio è dunque necessario che il team riabilitativo delle UGCA Cod. 75 o delle altre strutture di ricovero valuti la capacità della famiglia di poter gestire tali situazioni a domicilio, previa attivazione di tutta la rete di supporto logistico/organizzativo necessaria. Preso atto della situazione clinica, per organizzare il rientro domiciliare in condizione di protezione deve, quindi, essere precocemente attivata l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV, SMC o con grave disabilità, esiti tutti di gravi cerebrolesioni acquisite.

All'interno della UVM deve esserci un medico specialista in riabilitazione con specifiche competenze neurologiche o neurologo con specifiche competenze riabilitative che fa parte del sistema a rete dedicato alle gravi cerebrolesioni acquisite e che veicola e garantisce la continuità delle cure nonché rappresenta le necessità assistenziali.

Compiti della UVM:

- valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare;
- valutazione del domicilio e degli adattamenti necessari;
- definizione del programma personalizzato socio-sanitario (incluso nursing specialistico);
- definizione del programma di dimissione protetta verso il domicilio;
- valutazione dei bisogni per nutrizione artificiale e gestione della cannula tracheostomica;
- informazione ai famigliari sui servizi territoriali forniti con specifica "carta dei servizi";
- valutazione dei bisogni di ausili e sussidi indispensabili;
- identificazione del case-manager della persona in SV o SMC;
- previsione di periodi programmati di accoglienza temporanea presso strutture dedicate;

Servizi forniti alla famiglia:

- i Servizi territoriali dell'ASL e del Comune di residenza forniscono assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, nell'ambito di uno specifico progetto individuale concordato

con la famiglia, elaborato sulla base dei bisogni del paziente, delle esigenze della famiglia e delle risorse attivabili nel territorio di riferimento;

- il servizio di riabilitazione domiciliare (1° livello) della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo;
- è compito del Medico di medicina generale verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti;
- il Servizio Territoriale verifica periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e individua eventuali necessità e provvedimenti;
- il Servizio Territoriale programma anche eventuali modifiche di percorso della persona con SV e SMC quando necessari o consigliabili;
- laddove possibile, la persona con SV e SMC deve poter essere accolta per 1-2 volte a settimana presso un centro diurno territoriale, sia con finalità socializzante che per consentire al care-giver di potersi assentare da casa.

E' inoltre opportuno che:

- i familiari abbiano punti di riferimento (Cod 75 o 56) per eventuali bisogni valutativi in ordine al cambio di programma (ausili, comunicazione, interventi chirurgia funzionale etc.);
- su indicazione del Medico di medicina generale, il Servizio Territoriale dell'ASL di residenza fornisca direttamente al domicilio del paziente le visite specialistiche, i servizi per prelievi ematici e controlli e, laddove possibile, i servizi di indagine clinica da effettuarsi con apparecchiature trasportabili/mobili quali: ecografie, radiografie, ECG;
- i Servizi Territoriali delle ASL di appartenenza regionale e i relativi distretti seguano tutte un unico "protocollo" nella fornitura dei servizi per cui sono preposti evitando "difficoltà" di comportamenti e nella fornitura di servizi;
- i Servizi Territoriali delle ASL snelliscano l'attuale iter burocratico previsto per la categoria delle persone in SV e SMC; ciò potrebbe consentire una riduzione della pressione e degli oneri gravanti sulle famiglie (esempio: evitare di sottoporre a verifica trimestrale lo stato di una persona in SV o in SMC per confermare prescrizioni di fornitura di ossigeno, pannoloni e traverse, presidi di consumo etc.). Tale compito potrebbe o dovrebbe essere delegato al Medico di medicina generale, a cui compete, tra l'altro, la prescrizione delle forniture dei materiali di consumo;
- è opportuno prevedere un contributo per l'abbattimento delle barriere architettoniche ed adeguamento degli ambienti in conformità con le indicazioni date direttamente dalla ASL di competenza.

## **2. SPECIALI UNITÀ DI ACCOGLIENZA PERMANENTE (SUAP) PER SOGGETTI IN SV O IN SMC**

Il Gruppo di lavoro ha ritenuto necessario attribuire il concetto di cronicità alle strutture e non alla persona suggerendo di correggere il termine di Stato Vegetativo Permanente che in alcune regioni contraddistingue tali unità. Le SUAP, strutture intermedie che seguono i soggetti in Stato

vegetativo e SMC prolungati devono essere separate e distinte da aree di degenza ordinaria e dai reparti di riabilitazione intensiva o estensiva o di riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Esse debbono essere aree/nuclei con spazi specifici, anche in caso di coesistenza in uno stesso contenitore, in grado di favorire una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni di questi pazienti. Si stima che vi debba essere una necessità di almeno 30/40 letti per milione di abitanti in tali unità. Le SUAP dedicate ai soggetti in SV devono ottemperare a precisi requisiti tecnici, strutturali e di personale. L'accesso alle SUAP può essere effettuato, alla luce di un preciso progetto individuale, direttamente da reparti di riabilitazione e/o lungodegenza o da strutture riabilitative per GCA (Cod. 75) o dal domicilio per periodi di sollievo, nell'ambito del progetto individuale formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale attivata nell'ASL di residenza."

Non costituiscono criteri di esclusione per l'accesso:

- la presenza di cannula tracheostomica;
- la nutrizione enterale;
- la comorbilità;
- la presenza di piaghe da decubito;
- la famiglia "debole" o assente.

Le SUAP devono essere inserite in un sistema di rete regionale integrato con i reparti ospedalieri e con il territorio anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata.

### **3. DOMICILI PROTETTI**

Si tratta di strutture prettamente sociali, case di accoglienza dove coabitano in un domicilio comune più persone in SV o SMC, che recentemente stanno nascendo come modello teorico grazie alle iniziative di singoli professionisti del settore in collaborazione con associazioni di volontariato e con gli enti locali (comune, regione, ASL).

Si tratta di modelli di assistenza integrata dove la ASL territoriale garantisce le competenze sanitarie di assistenza domiciliare e il supporto gestionale viene fornito dal comparto sociale, da associazioni di volontariato, dalle famiglie stesse, tutti sottoposti preventivamente ad adeguato training formativo.

Le modalità relative all'accesso e il "governo" presso queste strutture sono di competenza di commissioni sanitarie e sociali (tipo UVM). Il paziente dimesso con i criteri e le regole del reinserimento domiciliare, viene ospitato previa approvazione di una apposita commissione.

Si configura non solo come luogo di residenza, tutela ed assistenza per persone con totale assenza di autonomia ma, anche come luogo di servizi psico-sociali a sostegno della famiglia, ponendosi, nell'ambito dei servizi rivolti ai soggetti in SV e in SMC, come sostituto stabile o temporaneo al servizio di assistenza domiciliare convenzionale.

Oltre a posti di residenza stabili, possono essere dotate di "posti di sollievo" e di "transito".

In questo caso le persone dovrebbero fissare il loro domicilio presso queste strutture temporaneamente per un periodo non superiore ai 2 mesi.

Anche la funzione di questi posti letto va ad assumere un valore fondamentale nel percorso assistenziale per persone in SV o SMC.

Queste strutture dovrebbero prevedere anche la possibilità di pernottamento di un familiare presso la struttura.

## **PRIORITA' e RACCOMANDAZIONI**

Dall'analisi fisiologicamente connessa alla attuale realtà e in linea non solo con le indicazioni del PSN, ma anche con i LEA che incentivano l'individuazione di percorsi terapeutici è, ormai da tempo emersa, la necessità di direttive nazionali per definire i percorsi di cura e incentivare lo sviluppo di reti regionali assistenziali dei pazienti in SV e SMC.

Per assolvere correttamente alle necessità specifiche e rendere efficiente il sistema, si ritiene opportuno sottolineare la necessità di un tavolo di lavoro che, in collaborazione tra esperti della materia, con gli assessorati alla sanità regionale, comunale e una rappresentanza nazionale delle associazioni, in uno stato di sinergia operativa, avvii un programma sia di interventi progressivi sia l'individuazione di indispensabili linee di ricerca.

In particolare gli interventi necessari sono:

- riconoscimento dei sistemi di assistenza primaria alle persone in SV e SMC;
- regolamento ministeriale per l'individuazione degli standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza - legge n. 311 del 2004 (art. 1, comma 169) - con l'intento di integrare e specificare i LEA sul versante attuativo, assicurarne una erogazione omogenea tra le diverse aree del territorio evitando disparità dei costi sostenuti (dalle singole Regioni) e nel trattamento riservato ai cittadini (con differente residenza);
- valutazione analitica e critica dei sistemi di finanziamento delle strutture attualmente attive con particolare riferimento alla adeguatezza e congruità delle differenti tariffe basate sulla complessità o sulla tipologia di pazienti ed intensità degli interventi erogati sia in regime di ricovero h 24 e diurno;
- ricognizione delle risorse finanziarie ed umane impiegate nell'assistenza alle persone in SV e SMC;
- processi di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;
- definizione degli standard in caso di mancata definizione da parte delle Regioni dei tempi di attesa per le singole prestazioni rientranti nei LEA. legge n. 266 del 2005 (l. finanziaria per il 2006) e legge n. 311 del 2004;
- programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché programmi incisivi per il grado di appropriatezza;
- valutazione efficacia degli specifici interventi riabilitativi;
- sviluppo attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione del "governo clinico";
- integrazione professionale come elemento imprescindibile per l'esistenza e il buon funzionamento di un sistema di assistenza primaria, in funzione di una presa in carico efficace nelle varie fasi cliniche ivi compresa la cronicità;
- implementazione del sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità;
- rilevazione dell'impatto clinico ed economico dei comportamenti professionali sugli obiettivi del sistema.

La progettazione e la realizzazione di servizi adeguati è condizionata da fattori eterogenei:

- carenza di dati epidemiologici;
- differenti modalità d'osservazione, trattamento e registrazione dei dati;
- differenti criteri e metodiche di supporto al clinico per definire l'outcome dello SV e SMC.

Infine, anche i limiti delle conoscenze sul funzionamento del cervello e sulla fisiopatologia della coscienza nello stato di Coma e nelle gravi alterazioni dello stato di Coscienza, continua a presentare delle grandi difficoltà, con le immaginabili conseguenze nelle ricadute della pratica clinica.

Anche dal punto di vista dell'efficienza e dell'appropriatezza dei modelli assistenziali è, pertanto, indispensabile, come precisato in altre parti di questo report, sostenere nuove frontiere e prospettive nella ricerca, per l'individuazione di criteri diagnostici, prognostici e di best practices.

Nel proporre lo studio di pazienti in coma o in SV e in SMC, cioè in stati neurologici a basso livello di responsività, si compie una scelta etica fondata sia sul rispetto della persona, sia sul duplice rifiuto dell'abbandono assistenziale e dell'accanimento terapeutico.

Si tratta di un aspetto cruciale nella organizzazione dell'assistenza alle persone con grave disabilità, prima di tutto per garantire a questi soggetti la certezza diagnostica, ma anche per garantire funzionalità ed efficienza complessiva alla rete delle strutture dedicate a questo settore.

Tale scelta ha delle ricadute non solo pratiche, ma anche etiche di enorme rilevanza, soprattutto per quelle condizioni drammatiche in cui la condizione clinica di SV o di SMC si protrae indefinitamente.

Il miglioramento dei modelli assistenziali e la ricerca scientifica sugli stati neurologici a basso livello di responsività possono offrire un importante contributo per far crescere appropriatezza ed efficienza in sanità, per garantire maggiori livelli di giustizia per tutti i cittadini, fondati su principi di equità e solidarietà all'interno del corpo sociale, e per far avanzare il livello complessivo di civiltà del Paese.

**BIBLIOGRAFIA****Riferimenti bibliografici essenziali**

1. American Congress of Rehabilitation of Medicine (Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9)
2. Committee on Trauma. Resources for Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, Ill: American College of Surgeons: 1999
3. Trunkey DD: Trauma centers and trauma systems. J Trauma 2003; 289: 1566-1567
4. Dal soccorso extra-ospedaliero Alla riabilitazione Sistema Integrato di Assistenza ai Traumatizzati (S.I.A.T.) - Trauma Center
5. Stocchetti N: Trauma care in Italy: evidence of inhospital preventable deaths. J Trauma 1994; 36: 401-5
6. Committee on Trauma: Resources for Optimal Care of the Injured Patient. Chicago, Ill: American College of Surgeons: 1999
7. Brain Trauma Foundation. American Association of Neurological Surgeons. Congress of Neurological Surgeons. Joint Section on Neurotrauma and Critical Care. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. 3rd ed. J Neurotrauma 2007;24(Suppl 1):S 1-S 95
8. D.Shaun Gray, MD, PhD, Robert S. Burnham, MSc, MD - Preliminary outcome analysis of a long-term rehabilitation program for severe acquired brain injury . 2000 Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Volume 81, Issue 11, Pages 1447-1456
9. Management and Prognosis of Severe Traumatic Brain Injury. Brain Trauma Foundation: New York. 2000:75-90. Journal of Neurotraum Volume 24, Supplement 1, 2007 Brain Trauma Foundation Pp. S-32-S-36
10. Neurological Intensive Care NewYork-Presbyterian Hospital [nyp.org /services/ neurological.../neuro-icu.html](http://nyp.org/services/neurological.../neuro-icu.html) NICU
11. Division of Stroke and Critical Care, Neurology, New York.htm
12. Cohadon F. Sortir du Coma, Ed. Cortina, Verona 2003
13. Neuro-Intensive Care Unit - University of Chicago Medical Center.htm
14. Provena Health - REGISTRY RN-Neuro ICU- 7p-7a.htm
15. Dunn IF, Ellegala DB, Kim DH, et al. Neuromonitoring in neurological critical care. Neurocrit Care 2006;4:83- 92.
16. The Scottish Office: Hub and Spoke Arrangements. Acute Services Review Report. Cap.3, June 1998
17. Acute Neurorehabilitation at Hope Hospital Salford National Service Framework.htm
18. Acute neurorehabilitation--an introduction acute neurorehabilitation is an important but little-known field\_ - Free Online Library.htm
19. Guidelines for Good Practice -- Brain Injury Rehabilitation -- Achievement of the Exchange and Information Activities of the HELIOS II Programme, European Commission, DG V. 1996
20. Consensus Conference Modena 2000 Su " Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio-encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati" Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; Vol 15 N° 1: 29-39 [www.simfer.it](http://www.simfer.it); [www.gcla.it](http://www.gcla.it); [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)
21. Dolce G, Sazbon L. The post traumatic Vegetative state, Thieme 2002
22. Multi-Society Task Force in PVS - New Engl. J. Med. 1994; 330: 1490-1508

**Documenti consultati**

- I. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. <http://www.normativa-sanitaria.it>
- II. Risorse 2009 vincolate agli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale Riparto tra le Regioni - Linee Progettuali - 27 aprile 2009 <http://www.cgl-Archivio-Welfare>
- III. Guidelines for Good Practice – Brain Injury Rehabilitation – Achievement of the Exchange and Information Activities of
- IV. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n° 124 del 30 maggio 1998
- V. Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione e Istituto Don Calabria. Atti della Consensus Conference, Verona, 10.06.2005
- VI. Giacino JT, Zasler ND, Katz DI, Kelly JP, Rosenberg JH, Filley CM. Development of practice guidelines for assessment and management of the vegetative and minimally conscious states. *J Head Trauma Rehabil* 1997;12(4):79-89
- VII. Programma per la Ricerca Sanitaria 2008: attività di Ricerca Finalizzata (art.12 e 12 bis del D.Lgs. 502/92, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo n.229/99) <http://ricerca.cbim.it>
- VIII. Jean Berube, Esq., Joseph Fins, MD, FACP, Joseph Giacino, PhD, Douglas Katz, MD, Jean, Langlois, ScD.,MPH, John Whyte, MD, PhD, George A. Zitney, PhD, ABDA, CBIS-CE, Founder NBIRTT, DVBJC, IBIA -A Report to Congress :Disorders of Consciousness: Assessment, Treatment and Research-Needs- American Guidelines
- IX. Regione Emilia Romagna. Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni.
- X. Bollettino ufficiale della Regione Emilia Romagna n.152 del 10.11.2004
- XI. Conference of Medical Royal Colleges and their faculties of the United Kingdom. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 30:119-121, 1996.
- XII. Royal College of Physicians of London. *The Vegetative State. Guidance on Diagnosis and Management*. 2003.
- XIII. Saitly JC. Economics aspects of the care of patients in the vegetative state. *Acta Neurologica Belgica* 94(1994) : 155-165
- XIV. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Conferenza Stato Regioni approva Accordo per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009 - Dichiarazione Sottosegretario Francesca Martini - Approvazione proposta per la realizzazione degli Obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009 - Comunicato n. 113, 25 marzo 2009
- XV. L.E. Mackay, B.A. Bernstein, et al. Early Intervention in severe head injury: long-term benefits of a formalized program. *Arch Phys Med Rehab* 1992; 73: 635-641
- XVI. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di Riabilitazione. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Serie Generale n° 124 del 30 maggio 1998  
Drummond M.F., (1981), *La Valutazione Economica dei Sistemi Sanitari*. Milano F. Angeli.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1388

**Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012. Approvazione.**

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

L'art. 3, co. 1-bis, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali è disciplinato "con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali". L'atto aziendale adottato dal Direttore Generale di ciascuna Azienda Sanitaria, pertanto, definisce l'assetto organizzativo e funzionale dell'Azienda, individuando le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale in conformità alla normativa vigente nonché ad ogni eventuale atto di indirizzo regionale in materia.

L'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 (Patto per la Salute 2010-2012), convertita in Legge n. 191/2009 (Finanziaria 2010), ha previsto all'art. 12, co. 1, l'impegno delle Regioni, nell'ambito del contenimento della spesa di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, alla "definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale" (lett. a), nonché alla "fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a) " (lett. b).

L'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 ha stabilito inoltre, al successivo co. 2, il necessario adeguamento dei protocolli d'intesa Università-Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui al comma 1, prevedendo in particolare che "in caso di mancato adeguamento, eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università".

La Regione Puglia, ai fini del contenimento dei costi del Servizio Sanitario Regionale, ha già avviato l'adeguamento della propria normativa al disposto della L. 133/2008 e della L. 191/2009 con l'approvazione della Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010 - "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali". L'art. 19 della predetta L.R. 4/2010 ha infatti stabilito che Aziende ed Enti del SSR, attraverso le previsioni dei rispettivi atti aziendali, adeguino la propria articolazione organizzativa alla normativa nazionale e regionale ed al rispetto dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Giunta Regionale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse, delle posizioni organizzative e di coordinamento, in ottemperanza al disposto dell'art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012 successivamente confluito nell'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009. L'atto aziendale di ciascuna Azienda o Ente del SSR pertanto, ai sensi del citato art. 19, co. 9, deve essere adeguatamente motivato dal rispettivo Direttore Generale "in relazione alla tipologia delle strutture di cui è prevista l'istituzione ed alla coerenza della spesa derivante dall'articolazione organizzativa con i vincoli previsti dalla norme nazionali e regionali in materia di patto di stabilità, spesa sanitaria e costi del personale del SSR". L'atto aziendale ed ogni sua successiva modifica o integrazione, inoltre, ai sensi del successivo co. 10 dell'art. 9, devono essere sottoposti all'approvazione della Giunta Regionale.

Con DGR n. 468 del 23/2/2010 la Giunta Regionale ha definito altresì, a seguito del confronto con le Organizzazioni Sindacali, i criteri applicativi dei modelli organizzativi per la Dirigenza dell'Area Medico-Veterinaria, prevedendo che:

- Le strutture complesse devono essere dotate di un numero minimo di posti letto non inferiore agli

standard previsti dal Piano Regionale di Salute (L.R. n. 23/2008), salvo diversa specifica determinazione della Regione;

- Le strutture semplici devono essere individuate all'interno delle strutture complesse sulla base di comprovato fabbisogno assistenziale (dati epidemiologici, dati relativi alle liste di attesa), devono svolgere un'attività specifica e non coincidere con l'omologa struttura complessa di riferimento, devono disporre di un budget finalizzato alla gestione di risorse umane, finanziarie e strumentali;
- Le strutture semplici a valenza dipartimentale devono svolgere attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento, e non possono essere previste in numero superiore ad uno per medesime discipline e funzioni.
- Il finanziamento delle strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali deve trovare specifica copertura nell'ambito dei fondi aziendali di riferimento: l'istituzione di nuove strutture o il mantenimento di strutture preesistenti, pertanto, può avvenire unicamente in presenza di adeguato finanziamento dei fondi aziendali, nei limiti di disponibilità del bilancio dell'Azienda Sanitaria e nel rispetto delle disposizioni in materia di spesa del personale.

Successivamente, con Legge Regionale n. 2 del 9 febbraio 2011, è stato approvato il Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012, che ha previsto fra gli interventi di piano con effetti sulla riduzione della spesa - al punto B.3.5 - la revisione dei parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali). In particolare si è stabilito che, a completamento del processo già avviato con gli atti normativi ed amministrativi innanzi citati, occorra provvedere in tempi brevi all'approvazione di Linee guida regionali per l'individuazione e costituzione di strutture organizzative semplici, complesse e dipartimentali, nonché di posizioni organizzative e coordinamenti. Si è stabilito altresì che tali Linee guida debbano essere successivamente recepite da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione.

Occorre dunque procedere alla definizione dei parametri standard di cui all'art. 12, co. 1, lett. b) del Patto per la Salute 2010-2012.

Ai fini di una definizione concertata dei predetti standard il Comitato L.E.A., nella riunione del 26 maggio 2010, ha costituito un Sottogruppo di lavoro composto da rappresentanti delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Campania, Marche e Toscana, dall'AGENAS e dagli Uffici IV e X della DGPROG del Ministero della Salute e dall'Ufficio II della DSGI del Ministero della Salute. L'obiettivo era quello di pervenire all'individuazione dei parametri standard di cui sopra - ed al conseguente contenimento dei costi - nel rispetto degli assetti organizzativi delle Regioni nonché dell'autonomia programmatica ed organizzativa regionale.

Considerato che i lavori del predetto Sottogruppo non si sono ancora conclusi e comunque, ad avvenuta conclusione, gli esiti di tali lavori dovranno essere sottoposti all'approvazione finale del Comitato LEA;

Considerata la necessità per la Regione Puglia di porre in essere in tempi brevi gli adempimenti previsti dall'art. 12, co. 1, lett. b) del citato Patto per la Salute 2010-2012 ai fini del contenimento della spesa di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, anche alla luce delle inderogabili esigenze di risanamento e riqualificazione connesse al Piano di rientro regionale approvato con L.R. n. 2/2011;

Considerata altresì la propedeuticità della definizione dei parametri standard regionali rispetto all'approvazione degli atti aziendali delle Aziende ed Enti del SSR, nonché di ogni eventuale modifica o integrazione degli stessi, da parte della Giunta Regionale, espressamente prevista dall'art. 19, co. 10 della L.R. 4/2010;

Si ritiene di dover provvedere alla definizione dei parametri standard regionali di cui all'art. 12, co. 1, lett. b) del Patto per la Salute 2010-2012, adeguandosi al più recente approccio metodologico definito dal Sottogruppo di Lavoro del Comitato LEA, anche nel rispetto delle indicazioni del Ministero dell'Economia e Finanze, e scegliendo per la determinazione degli standard regionali - fra le ipotesi proposte e discusse dal Sottogruppo nelle riunioni del 13/5/2011 e del 6/6/2011 (cfr. Relativi ver-

bali di riunione, archiviati agli atti del competente ufficio assessorile) - quella che meglio consenta la sostenibilità sia organizzativa che economico-finanziaria del Sistema Sanitario Regionale.

Si propone pertanto di adottare gli standard di cui all'ipotesi "Strutture assegnate 4 p.l. x 1.000 abitanti - III Quartile", previo adeguamento del numero dei posti letto pubblici utilizzati come base di calcolo al Regolamento di riordino della rete ospedaliera pugliese per l'anno 2010, approvato con R.R. 18/2010, successivamente integrato e modificato con R.R. 19/2010. Tale ipotesi prende in considerazione il numero delle strutture assegnate (riproporzionate a 4 posti letto per 1.000 abitanti) da ciascuna delle Regioni non in Piano di Rientro al 31/12/2009, assumendo come standard il III quartile dei valori in oggetto, che per le strutture complesse ospedaliere è pari a 19,1 posti letto per struttura complessa, mentre per le strutture complesse non ospedaliere è pari a 10.473 abitanti per struttura complessa per le Regioni con popolazione <2,5 milioni di abitanti, ed a 16.345 abitanti per struttura complessa per le Regioni con popolazione >2,5 milioni di abitanti. Per le strutture semplici si assume come valore standard il rapporto medio nazionale tra strutture semplici assegnate e strutture complesse assegnate, pari a 1,48. L'impatto organizzativo di tale ipotesi per la Regione Puglia, sulla base dell'attuale dotazione di posti letto (R.R. 18/2020 s.m.i.), è quella raffigurata in Tabella 6, riportata nell'Allegato 1.

Dunque, lo standard proposto per le strutture complesse e semplici è il seguente:

- **STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE:** Numero standard di posti letto per struttura complessa ospedaliera (PL pubblici/SC ospedal.) = 19,1.
- **STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE (TERRITORIALI ED AMMINISTRATIVE):** Numero standard di abitanti per struttura complessa non ospedaliera (Popolaz./SC non osped.) = 16.345 abitanti;
- **STRUTTURE SEMPLICI:** Rapporto standard tra strutture semplici e strutture complesse (SS/SC): 1,48.

Si ritiene inoltre di dover procedere autonomamente alla determinazione degli standard relativi a Coordinamenti e Posizioni Organizzative - la cui definizione da parte del Sottogruppo di lavoro del Comitato LEA è stata rinviata ad una fase successiva - tenendo conto delle osservazioni del Ministero dell'Economia e Finanze in merito all'eccessiva onerosità degli standard precedentemente individuati dal Sottogruppo. Si propone al riguardo di utilizzare come indicatori il numero di funzioni di coordinamento per struttura complessa, il cui standard è fatto pari ad 1, ed il numero di posizioni organizzative per funzione di coordinamento, il cui standard è fatto pari a 0,20.

Dunque, lo standard proposto per i coordinamenti e le posizioni organizzative è il seguente:

- **COORDINAMENTI:** Rapporto standard tra incarichi di coordinamento e strutture complesse (COORD/SC) = 1;
- **POSIZIONI ORGANIZZATIVE:** Rapporto standard tra posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento (PO/COORD) = 0,20.

L'applicazione dei predetti standard alle Aziende ed Enti della Regione Puglia determina l'individuazione, per ciascuna di esse, di un numero massimo di strutture complesse e semplici nonché di incarichi di coordinamento e posizioni organizzative attribuibili, come espressamente indicato nelle tabelle riportate in allegato (All. 1) al presente schema di provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

Con specifico riferimento allo standard di strutture complesse non ospedaliere (territoriali ed amministrative) di cui alla Tabella 2 dell'Allegato 1, occorre precisare che le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici della Regione Puglia, pur non avendo una popolazione di riferimento, sono tenute per legge a prevedere obbligatoriamente - al pari delle Aziende Sanitarie Locali - n. 7 strutture complesse amministrative (Gestione risorse economico-finanziarie; Gestione del personale; Gestione del patrimonio; Gestione tecnica; Controllo di gestione; Struttura burocratico-legale; Statistica ed Epidemiologia). Per tale ragione, considerata l'inevitabile collocazione di tali strutture amministrative fra quelle non ospedaliere non

potendo farsi alcun riferimento ai posti letto, si è provveduto a decurtare le complessive 28 S.C. spettanti ad A.O.U. ed IRCCS dal totale complessivo delle S.C. non ospedaliere, e riproporzionando poi il totale di S.C. spettanti alle singole ASL in base alla popolazione residente.

Appare tuttavia opportuno precisare che gli standard per singola Azienda/Ente di cui all'Allegato 1 rappresentano il tetto massimo di strutture organizzative attribuibili, entro i limiti di capienza dei relativi fondi e le disponibilità di bilancio aziendali, da parte di ciascuna Azienda o Ente. Si evidenzia, a tale proposito, l'imminente disattivazione entro il 31/12/2011 di ulteriori 500 posti letto, di cui 130 negli Enti Ecclesiastici e 370 nelle Aziende ed Enti del SSR, sulla base di quanto previsto con D.G.R. n. 2791 del 15/12/2010, e la conseguente ulteriore riduzione del numero di strutture standard complesse e semplici attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR. Per tale ragione, considerata l'incidenza percentuale dei posti letto da disattivare nelle Aziende ed Enti del SSR rispetto al totale dei posti letto attivi (370 posti letto, pari al 3,8% del totale dei posti letto attivi al 31/12/2010), si ritiene opportuno che le stesse Aziende ed Enti del SSR, all'atto del recepimento dei predetti standard all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione, prevedano in via prudenziale un numero di strutture complesse, semplici, posizioni organizzative e coordinamenti decurtato della predetta percentuale del 3,8% rispetto a quello risultante dalla puntuale applicazione degli standard di cui al presente schema di provvedimento all'attuale dotazione di posti letto, limitandosi dunque ad attivare il 96,2% delle strutture organizzative potenzialmente spettanti secondo il prospetto di cui alla Tabella n. 7 dell'Allegato 1 al presente schema di provvedimento.

Con successivo provvedimento da adottarsi entro il 31/12/2011 la Giunta Regionale, ad avvenuta rideterminazione della rete ospedaliera regionale per gli anni 2011 e 2012 nonché ad avvenuta approvazione degli standard in oggetto da parte del Comitato LEA, provvederà a stabilire in via definitiva il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR.

Risulta altresì opportuno prevedere, per quanto non in contrasto con gli standard di cui al presente

schema di provvedimento, la salvaguardia dei criteri organizzativi delle strutture della Dirigenza di Area Medico-Veterinaria definiti dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 468 del 23/2/2010 a seguito del confronto con le Organizzazioni Sindacali. In particolare:

- Le strutture semplici devono essere individuate all'interno delle strutture complesse sulla base di comprovato fabbisogno assistenziale (dati epidemiologici, dati relativi alle liste di attesa), devono svolgere un'attività specifica e non coincidere con l'omologa struttura complessa di riferimento, devono disporre di un budget finalizzato alla gestione di risorse umane, finanziarie e strumentali;
- Le strutture semplici a valenza dipartimentale devono svolgere attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento, e non possono essere previste in numero superiore ad una per medesime discipline e funzioni.

Per ciò che riguarda il finanziamento delle strutture complesse e semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti, esso deve trovare specifica copertura nell'ambito dei fondi aziendali di riferimento rideterminati in applicazione dell'art. 72, lett. a) della L. 191/2009, deve rientrare nei limiti di disponibilità del bilancio dell'Azienda Sanitaria e deve garantire il rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia di spesa del personale.

Gli standard di cui al presente schema di provvedimento nonché ad ogni successiva rettifica o integrazione dello stesso dovranno essere tempestivamente recepiti da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione.

I predetti standard dovranno altresì essere inseriti, ai sensi dell'art. 12, co. 2 del Patto per la Salute 2010-2012, all'interno dei Protocolli d'intesa Regione-Università.

Si fa presente inoltre che l'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 ha modificato l'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, introducendo il comma 1-ter il quale dispone quanto segue: "L'amministrazione che, in dipendenza dei processi di riorganizzazione ovvero alla scadenza, in assenza di una valutazione negativa, non intende confermare l'incarico conferito al dirigente, è tenuta a darne idonea e motivata comu-

nicazione al dirigente stesso con un preavviso congruo, prospettando i posti disponibili per un nuovo incarico».

Pertanto, stante la norma di cui innanzi e considerata l'opportunità di procedere con gradualità alla riduzione delle strutture in esubero, si ritiene che l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito dalle Aziende ed Enti del SSR entro la fine del triennio di vigenza del Patto per la Salute 2010-2012.

Ai fini del monitoraggio periodico delle strutture organizzative delle Aziende ed Enti del SSR, occorre infine adottare il prospetto standard per la ricognizione annuale delle predette strutture organizzative e dei relativi costi, allegato (All. 2) al presente schema di provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

Il suddetto prospetto standard dovrà essere compilato annualmente, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno con riferimento all'anno precedente, dalle Aziende ed Enti del SSR, le quali dovranno trasmetterlo al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute per le verifiche di competenza.

#### **COPERTURA FINANZIARIA L.R. n. 28/2001 s.m.i.**

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

Il Dirigente di Ufficio  
Rossella Caccavo

Il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, co. 4, lett. k) della L.R. 7/1997.

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

#### **LA GIUNTA**

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

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

#### **DELIBERA**

Per le ragioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate

- Di approvare i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012, come di seguito:

- **STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE:** Numero standard di posti letto per struttura complessa ospedaliera (PL pubblici/SC ospedal.) = 19,1.
- **STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE (TERRITORIALI ED AMMINISTRATIVE):** Numero standard di abitanti per struttura complessa non ospedaliera (Popolaz./SC non osped.) = 16.345;
- **STRUTTURE SEMPLICI:** Rapporto standard tra strutture semplici e strutture complesse (SS/SC): 1,48.
- **COORDINAMENTI:** Rapporto standard tra incarichi di coordinamento e strutture complesse (COORD/SC) = 1;
- **POSIZIONI ORGANIZZATIVE:** Rapporto standard tra posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento (PO/COORD) = 0,20.

- Di dare atto che l'applicazione dei predetti standard alle Aziende ed Enti della Regione Puglia determini l'individuazione, per ciascuna di esse, di un numero massimo di strutture complesse e semplici nonché di incarichi di coordinamento e

posizioni organizzative, attribuibili entro i limiti di capienza dei relativi fondi e le disponibilità di bilancio aziendali, nella misura espressamente indicata nelle tabelle riportate in allegato (All. 1) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- Di stabilire - anche alla luce dell'imminente disattivazione entro il 31/12/2011 di ulteriori 370 posti letto nelle Aziende ed Enti del SSR (pari al 3,8% del totale dei posti letto attivi al 31/12/2010) - che le Aziende ed Enti del SSR, all'atto del recepimento dei predetti standard all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione, prevedano in via prudenziale un numero di strutture complesse, semplici, posizioni organizzative e coordinamenti decurtato della percentuale del 3,8% rispetto a quello risultante dalla puntuale applicazione degli standard di cui al presente provvedimento all'attuale dotazione di posti letto, limitandosi dunque ad attivare il 96,2% delle strutture organizzative potenzialmente spettanti, secondo il prospetto di cui alla Tabella n. 7 dell'Allegato 1.
- Di disporre che con successivo provvedimento da adottarsi entro il 31/12/2011 la Giunta Regionale, ad avvenuta rideterminazione della rete ospedaliera regionale per gli anni 2011 e 2012 nonché ad avvenuta approvazione degli standard in oggetto da parte del Comitato LEA, provvederà a stabilire in via definitiva il numero massimo di strutture organizzative attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR.
- Di stabilire che, per quanto non in contrasto con gli standard di cui al presente provvedimento, vengono fatti salvi i criteri organizzativi delle strutture della Dirigenza di Area Medico-Veterinaria definiti dalla Giunta Regionale, a seguito del confronto con le Organizzazioni Sindacali, con D.G.R. n. 468 del 23/2/2010, ovvero:
  - Le strutture semplici devono essere individuate all'interno delle strutture complesse sulla base di comprovato fabbisogno assistenziale (dati epidemiologici, dati relativi alle liste di attesa), devono svolgere un'attività specifica e non coincidere con l'omologa struttura complessa di riferimento, devono disporre di un budget

finalizzato alla gestione di risorse umane, finanziarie e strumentali;

- Le strutture semplici a valenza dipartimentale devono svolgere attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento, e non possono essere previste in numero superiore ad una per medesime discipline e funzioni.
- Di stabilire che il finanziamento delle strutture complesse e semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti deve trovare specifica copertura nell'ambito dei fondi aziendali di riferimento rideterminati in applicazione dell'art. 72, lett. a) della L. 191/2009, deve rientrare nei limiti di disponibilità del bilancio dell'Azienda Sanitaria e deve garantire il rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia di spesa del personale;
- Di disporre che gli standard di cui al presente provvedimento e ad ogni eventuale rettifica ed integrazione dello stesso vengano tempestivamente recepiti da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione;
- Di disporre, ai sensi dell'art. 12, co. 2 del Patto per la Salute 2010-2012, l'inserimento degli standard di cui al presente provvedimento all'interno dei Protocolli d'intesa Regione-Università;
- Di disporre che, alla luce delle previsioni dell'art. 40 del D.Lgs. 150/2009 e tenendo conto dell'opportunità di procedere con gradualità alla riduzione delle strutture in esubero, l'adeguamento agli standard in oggetto debba essere garantito dalle Aziende ed Enti del SSR entro la fine del triennio di vigenza del Patto per la Salute 2010-2012.
- Di approvare, ai fini del monitoraggio periodico delle strutture organizzative delle Aziende ed Enti del SSR, il prospetto standard per la ricognizione annuale delle predette strutture organizzative e dei relativi costi, allegato (All. 2) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- Di stabilire che il suddetto prospetto standard debba essere compilato annualmente, entro e non oltre il 31 gennaio di ogni anno con riferimento all'anno precedente, dalle Aziende ed Enti del SSR, che dovranno trasmetterlo al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute per le verifiche di competenza;
- di dare mandato all'Ufficio Rapporti Istituzionali

del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica per ogni adempimento conseguente all'adozione del presente provvedimento;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/1994.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

**ALLEGATO 1****Tabella 1****STANDARD STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE**

<b>Az./Enti SSR</b>	<b>P.L. al 31/12/2010 (R.R. 18/2010 s.m.i.)</b>	<b>STANDARD S.C. OSP. (incl. SPDC)</b>
ASL BT	769	40
ASL BA	1560	82
ASL BR	1206	63
ASL FG	713	37
ASL LE	1951	102
ASL TA	1044	55
AOU POLICLINICO	1392	73
AOU OO.RR.	808	42
IRCCS ONCOLOGICO	130	7
IRCCS DE BELLIS	122	6
<b>TOT.</b>	<b>9695</b>	<b>507</b>

Tabella 2

## STANDARD STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE (TERRITORIALI ED AMMINISTRATIVE)

Az./Enti SSR	Popolazione *	Ripartizione % popolazione	S.C. Amministr. (obblig. ex lege)	STANDARD S.C. TERRIT.	STANDARD S.C. TERRIT. (riproporz. con decurtaz. S.C. AMMIN. AOU e IRCCS)	STANDARD S.C. NON OSP. (TERRIT. + AMMIN.)
ASL BT	391.506	9,59	7	24	21	21
ASL BA	1.254.461	30,72	7	77	68	68
ASL BR	403.096	9,87	7	25	22	22
ASL FG	640.891	15,69	7	39	35	35
ASL LE	813.556	19,92	7	50	44	44
ASL TA	580.525	14,21	7	36	32	32
AOU POLICLINICO			7			7
AOU OO.RR.			7			7
IRCCS ONCOLOGICO			7			7
IRCCS DE BELLIS			7			7
TOT.	4.084.035	100,00	70	250	222	250

\* Popolazione all'1/1/2010 disaggregata per provincia (Fonte: DIF 2010 , Tab. C - Riepilogo Assegnazioni anno 2010 alle Aziende Sanitarie).

Tabella 3

## STANDARD STRUTTURE SEMPLICI

Az./Enti SSR	S.C. OSP.	S.C. NON OSP.	TOT. S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.
ASL BT	40	21	61	91
ASL BA	82	68	150	222
ASL BR	63	22	85	126
ASL FG	37	35	72	106
ASL LE	102	44	146	216
ASL TA	55	32	87	128
AOU POLICLINICO	73	7	80	118
AOU OO.RR.	42	7	49	73
IRCCS ONCOLOGICO	7	7	14	21
IRCCS DE BELLIS	6	7	13	19
TOT.	507	250	757	1.120

Tabella 4

## STANDARD POSIZIONI ORGANIZZATIVE E INCARICHI DI COORDINAMENTO

Az./Enti SSR	S.C. OSP.	S.C. NON OSP.	TOT. S.C. (OSP. + NON OSP.)	COORD.	P.O.
ASL BT	40	21	61	61	12
ASL BA	82	68	150	150	30
ASL BR	63	22	85	85	17
ASL FG	37	35	72	72	14
ASL LE	102	44	146	146	29
ASL TA	55	32	87	87	17
AOU POLICLINICO	73	7	80	80	16
AOU OO.RR.	42	7	49	49	10
IRCCS ONCOLOGICO	7	7	14	14	3
IRCCS DE BELLIS	6	7	13	13	3
TOT.	507	250	757	757	151

Tabella 5

## STANDARD S.C., S.S., COORD. E P.O. - Riepilogo

Az./Enti SSR	S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.	COORD.	P.O.
ASL BT	61	91	61	12
ASL BA	150	222	150	30
ASL BR	85	126	85	17
ASL FG	72	106	72	14
ASL LE	146	216	146	29
ASL TA	87	128	87	17
AOU POLICLINICO	80	118	80	16
AOU OO.RR.	49	73	49	10
IRCCS ONCOLOGICO	14	21	14	3
IRCCS DE BELLIS	13	19	13	3
Tot. Regione	757	1.120	757	151

Tabella 6

## APPLICAZIONE STANDARD \_ IMPATTO ORGANIZZATIVO

Az./Enti SSR	VAL. STANDARD			VAL. ASSEGNATO al 31/12/2010			DELTA ASSEGN./STANDARD					
	S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.	COORD.	P.O.	S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.	COORD.	P.O.	S.C. (OSP. + NON OSP.)	S.S.	COORD.	P.O.
ASL BT	61	91	61	12	82	93	156	79	-21	-2	-95	-67
ASL BA	150	222	150	30	150	336	181	0	0	-114	-31	30
ASL BR	85	126	85	17	86	217	73	39	-1	-91	12	-22
ASL FG	72	106	72	14	79	235	104	31	-7	-129	-32	-17
ASL LE	146	216	146	29	173	441	221	12	-27	-225	-75	17
ASL TA	87	128	87	17	96	263	207	0	-9	-135	-120	17
AOU POLICLINICO	80	118	80	16	91	191	112	3	-11	-73	-32	13
AOU OO.RR.	49	73	49	10	76	110	74	19	-27	-37	-25	-9
IRCCS ONCOLOGICO	14	21	14	3	12	18	0	7	2	3	14	-4
IRCCS DE BELLIS	13	19	13	3	15	18	21	0	-2	1	-8	3
Tot. Regione	757	1.120	757	151	860	1.922	1.149	190	-103	-802	-392	-39

Tabella 7

## STRUTTURE ORGANIZZATIVE ATTIVABILI (con decurtaz. 3,8% dei posti letto attivi al 31/12/2010)

Az./Enti SSR	S.C. OSP. attivabili (incl. SPDC)	S.C. NON OSP. attivabili	TOT. S.C. (OSP. + NON OSP.) attivabili	S.S.	COORD.	P.O.
ASL BT	39	21	60	89	60	12
ASL BA	79	68	147	217	147	29
ASL BR	61	22	83	122	83	17
ASL FG	36	35	71	105	71	14
ASL LE	98	44	142	211	142	28
ASL TA	53	32	84	124	84	17
AOU POLICLINICO	70	7	77	114	77	15
AOU OO.RR.	41	7	48	71	48	10
IRCCS ONCOLOGICO	7	7	14	20	14	3
IRCCS DE BELLIS	6	7	13	19	13	3
Tot. Regione	488	250	738	1.092	738	148

**REGIONE PUGLIA**

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

ALLEGATO 2

**Modulo annuale rilevazione strutture organizzative Aziende ed Enti SSR**

(da compilare entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento)

Anno: \_\_\_\_\_

Az./Enti SSR	Strutture complesse						Strutture semplici *					
	S.C. Ospedal. con p.i.	Costo S.C. Ospedal. con p.i.	S.C. Ospedal. senza p.i.	Costo S.C. Ospedal. senza p.i.	S.C. Non ospedal.	Costo S.C. Non ospedal.	S.S. Ospedal. con p.i.	Costo S.S. Ospedal. con p.i.	S.S. Ospedal. senza p.i.	Costo S.S. Ospedal. senza p.i.	S.S. Non ospedal.	Costo S.S. Non ospedal.
ASL BT												
ASL BA												
ASL BR												
ASL FG												
ASL LE												
ASL TA												
AOU POLICLINICO												
AOU OO.RR.												
IRCCS ONCOLOGICO												
IRCCS DE BELLIS												

\* Comprese le strutture semplici dipartimentali

Az./Enti SSR	Coordinamenti		Posizioni organizzative	
	N. incarichi assegnati	Costo incarichi coordinam. assegnati	N. incarichi assegnati	Costo posiz. organizz. assegnate
ASL BT				
ASL BA				
ASL BR				
ASL FG				
ASL LE				
ASL TA				
AOU POLICLINICO				
AOU OO.RR.				
IRCCS ONCOLOGICO				
IRCCS DE BELLIS				

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1389

**Legge Regionale n. 2/2011 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012”. Provvedimenti in materia di riduzione della spesa farmaceutica. Parziale modifica D.G.R. 2789/10.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile della Posizione Organizzativa dell'Ufficio Politiche del farmaco n. 3, confermata dal Responsabile A.P. dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio, riferisce

Premesso che:

- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1501/2008 sono stati stabiliti i limiti di reddito al di sotto dei quali compete l'esenzione totale o parziale per la compartecipazione alla spesa farmaceutica nella Regione Puglia;
- con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2789/2010 si è provveduto a “disporre, secondo quanto stabilito nell'accordo tra la Regione Puglia e il Ministero della salute, Ministero dell'Economia e delle finanze per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'introduzione di un ticket fisso a ricetta pari a euro 1,00 per tutti i cittadini pugliesi esenti e non”;

In considerazione che nel Piano di Rientro della Regione Puglia, approvato con Legge Regionale n. 2/2011, è stato stimato un extra gettito ticket pari a 35 milioni di euro su base annua derivante dalla introduzione del suddetto ticket di un euro per ogni ricetta farmaceutica;

rilevato che:

- dall'analisi dei dati del cruscotto integrato del sistema Tessera Sanitaria (TS) relativo spesa farmaceutica (erogazione “convenzionata”) si evince:
  - a) una riduzione di circa il 6% del numero totale di ricette inviate telematicamente nel primo

quadrimestre del 2011 rispetto allo stesso periodo del 2010;

- b) una riduzione di quasi il 10% del numero totale di ricette inviate telematicamente nel bimestre marzoaprile 2011 rispetto allo stesso periodo del 2010;
  - c) che con l'attuale *trend* del 10% di riduzione delle ricette (registrato nel periodo marzoaprile 2011), la stima dell'extra gettito su base annua derivante dalle disposizioni della DGR n. 2789/2010 è di circa 42 M€, a fronte dell'obiettivo sopra richiamato di 35 M€.
- a seguito di quanto stabilito con la DGR n. 2790/2010 di attuazione del D.M. 11/12/2009 in materia di verifica delle condizioni di esenzione previste dall'art. 8 comma 16 della L. n. 537/1993 e s.m.i., sono disponibili, per mezzo del sistema TS, alle Aziende Sanitarie ed ai medici prescrittori gli elenchi degli assistiti esenti, per motivi di reddito, dal pagamento del ticket per le prestazioni specialistiche;
  - nei suddetti elenchi sono ricomprese le seguenti categorie di assistiti esenti:
    - a) titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico (**codice E03**);
    - b) titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (**Codice E04**);

Considerato che:

- dall'elaborazione dei dati forniti dal sistema TS, la percentuale di assistiti rientranti nella categorie di esenzione, di cui ai codici E03 ed E04, è pari rispettivamente a circa 1,5 sul totale della popolazione pugliese ed a circa 6 considerando solo la popolazione con età superiore a 60 anni, a cui appartiene la maggior parte di tali esenti;
- incrociando i dati delle ricette riferite ad assistiti con più di 60 anni (pari a circa il 60% del totale delle ricette), con il numero di esenti di cui ai codici E03 ed E04, si stima che l'esenzione di tali categorie di assistiti dal pagamento del ticket fisso di un euro a ricetta comporterebbe una riduzione del 4% dell'extra gettito atteso di 42 milioni di euro, pari a circa 1,6 milioni di euro;

considerato, inoltre, che:

- secondo un'analisi parallela, effettuata dall'Agenzia Sanitaria Regionale, se si ipotizza, in maniera estremamente conservativa, che tutti i cittadini appartenenti alle categorie di esenzione di cui ai codici E03 e E04 siano affetti da patologie croniche tali da richiedere 5 prescrizioni di farmaci al mese, l'esenzione di tali categorie di assistiti dal pagamento del ticket fisso di un euro a ricetta comporterebbe una riduzione massima di 3,6 milioni di euro su base annua;

rilevato, infine, che:

- le analisi sopra descritte permettono di affermare con un elevato grado di confidenza che l'esenzione dal pagamento del ticket fisso di un euro a ricetta per gli assistiti rientranti nelle categorie, di cui ai codici E03 ed E04, non preclude in alcun modo il raggiungimento dell'obiettivo prefissato di extra gettito ticket pari a 35 milioni di euro su base annua;

per tutto quanto sopra esposto, si propone alla Giunta Regionale di:

- stabilire che dal 01/07/2011 le seguenti categorie di assistiti sono esenti, oltre che dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica ai sensi della DGR 1501/2008, dal pagamento del ticket fisso di un euro a ricetta previsto dalla DGR n. 2789/2010:
  - a) titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico (**codice esenzione E03**);
  - b) titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (**codice esenzione E04**);
- stabilire che per "nucleo familiare" deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri "familiari a carico" per i quali l'interessato gode delle detrazioni fiscali;
- stabilire che i medici prescrittori devono apporre sulle ricette farmaceutiche per le suddette tipologie di esenti i codici **E03** e **E04**, già previsti per l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa

sanitaria per visite ed esami specialistici (art. 8 comma 16 della L. n. 537/1993 e s.m.i).

- stabilire che per avvalersi del diritto di esenzione nei suddetti casi si applicano le disposizioni del D.M. 11/12/2009 e della DGR n. 2790/2010;
- di dare mandato al Servizio PATP di provvedere agli adempimenti conseguenti al presente provvedimento;
- di dare mandato al RIP SISR ed al Servizio APS di assicurare l'adeguamento del sistema informativo sanitario e di provvedere alle comunicazioni al sistema TS conseguenti al presente provvedimento.

#### **COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n. 28/01.**

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  
dott. Fulvio Longo

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett.a) e d), della L.R. 4.2.1997, n.7.

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

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore proponente;

Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile P.O. e A.P. dell'Ufficio Politiche del farmaco confermata dal Dirigente del servizio PATP

A voti unanimi espressi nei termini di legge:

#### **DELIBERA**

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

1. stabilire che dal **01/07/2011** le seguenti categorie di assistiti sono esenti dal pagamento del ticket fisso di un euro a ricetta previsto dalla DGR n. 2789/2010:
  - a) titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico (*codice esenzione E03*);
  - b) titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (*codice esenzione E04*);
2. stabilire che per "nucleo familiare" deve intendersi quello rilevante a fini fiscali (e non anagrafici), costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri "familiari a carico" per i quali l'interessato gode delle detrazioni fiscali;
3. stabilire che i medici prescrittori devono apporre sulle ricette farmaceutiche per le suddette tipologie di esenti i codici **E03** e **E04**, già previsti per l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per visite ed esami specialistici (art. 8 comma 16 della L. n. 537/1993 e s.m.i).
4. stabilire che per avvalersi del diritto di esenzione nei suddetti casi si applicano le disposizioni del D.M. 11/12/2009 e della DGR n. 2790;
5. di dare mandato al Servizio PATP di provvedere agli adempimenti conseguenti al presente provvedimento;
6. di dare mandato al RIP SISR ed al Servizio APS di assicurare l'adeguamento del sistema informativo sanitario e di provvedere alle comunicazioni al sistema TS conseguenti al presente provvedimento;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1390

**DGR del 30 novembre 2010 n. 2624. Integrazione Piano di rientro in materia di spesa farmaceutica. Regolamentazione distribuzione ossigeno liquido terapeutico domiciliare.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile della Posizione Organizzativa dell'Ufficio Politiche del farmaco n. 3, confermata dal Responsabile A.P. dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio, riferisce:

Con DGR del 30 novembre 2010 n. 2654, pubblicata sul BURP n. 182 del 06 dicembre 2010 è stato adottato il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 18° della legge 30/12/2004 n. 311.

Il Piano di rientro prevede anche interventi operativi finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, per i quali l'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) ha avanzato delle osservazioni.

La Regione ai sensi di quanto disposto dall'art. 1 comma 4 dell'Accordo per il Piano di rientro ha assunto dei precisi impegni volti a recepire le eventuali integrazioni proposte dall'AIFA a quanto già previsto nel Piano di rientro.

In data 19 gennaio 2011, presso il Ministero della Salute congiuntamente ai rappresentanti del Ministero dell'Economia e Finanze e dell'AIFA, si è svolta una riunione, richiesta da questa regione, per la definizione delle integrazioni da apportare agli interventi in materia farmaceutica, peraltro già previsti dal piano di rientro.

In detta riunione, il rappresentante dell'AIFA ha illustrato le possibili integrazioni alle manovre previste nel piano di rientro, ed è stato posto particolare rilievo:

**a) per la farmaceutica territoriale**

- all'opportunità nell'ambito dell'appropriatezza prescrittiva di esplicitare gli ambiti assistenziali che si ritengono prioritari e gli strumenti attraverso cui rendere operativi gli indi-

rizzi ai medici prescrittori, incentivare l'uso del farmaco a brevetto scaduto con attribuzione di specifici obiettivi ai Direttori generali delle ASL;

- alle procedure di acquisto di farmaci, in forma centralizzata a livello regionale;
- alla dispensazione in forma diretta sia dell'ossigeno liquido che dell'assistenza integrativa dei prodotti per diabetici, alla possibilità di ottenere migliori condizioni economiche dalla distribuzione in nome e per conto;

**b) per la Farmaceutica ospedaliera**

- esplicitare le modalità di aggiornamento del Prontuario ospedaliero regionale, definendo le procedure di acquisto di farmaci fuori prontuario;
- attribuire obiettivi di risparmio ai Direttori generali delle Aziende ASL
- prevedere la verifica del recupero degli sconti per i farmaci soggetti a rimborsabilità condizionata compresi nei registri di monitoraggio AIFA
- applicare il procedimento di registrazione completa dei pazienti oncologici nei registri AIFA.

Il rappresentante della Regione Puglia in detto incontro, nel portare a conoscenza dei presenti che alcune misure in materia farmaceutica sono già state adottate e, dal monitoraggio dei dati di spesa farmaceutica negli ultimi mesi dell'anno 2010 hanno già prodotto un risparmio superiore alla stima prevista nel piano di rientro, si è reso disponibile all'adozione di un provvedimento che recepisca le indicazioni dell'AIFA a integrazione della manovra previste nel Piano di rientro.

Pertanto, alla luce degli impegni assunti con il già citato Piano di rientro, si ritiene indispensabile regolamentare la fornitura di ossigeno liquido terapeutico domiciliare da parte delle ditte fornitrici e conseguentemente uniformare su tutto il territorio regionale l'assistenza ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica.

L'Assessorato, al fine del contenimento della spesa relativa alla fornitura di ossigeno liquido, dopo aver tenuto numerosi incontri con le Associazioni di categoria dei farmacisti e delle Aziende

produttrici e distributrici di gas medicali, propone all'approvazione della Giunta regionale la bozza dell'accordo tra la Regione Puglia e le ditte produttrici e distributrici di gas liquido terapeutico, di cui all'allegato "A", parte integrante del presente provvedimento, per la distribuzione domiciliare diretta ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica.

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

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

Il Dirigente del Servizio  
Dott. Fulvio Longo

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

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

**LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento del funzionario istruttore dal responsabile AP e dal Dirigente di Servizio

A voti unanimi espressi nei modi di legge:

**DELIBERA**

Alla luce di tutto quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato, ed in piena sintonia con quanto concordato tra il Ministero della Salute, Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Puglia relativamente alle azioni di intervento da assumere;

Di approvare l'accordo tra la Regione Puglia e le ditte produttrici e distributrici di gas liquido terapeutico, di cui all'allegato "A", parte integrante del presente provvedimento, per la distribuzione domiciliare diretta ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica.

Di disporre la pubblicazione della presente deli-

berazione, esecutiva, sul BURP ai sensi dell'art.42 della L.R. n.28/2001.

Di disporre la notifica del presente atto a cura del servizio PATP ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. al Ministero della Salute.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

## **ACCORDO PER L'ATTIVAZIONE DEL " SERVIZIO DI OSSIGENOTERAPIA IN REGIME DI DISTRIBUZIONE DIRETTA"**

### **Art. 1**

#### **(Oggetto del contratto e finalità)**

L'oggetto del presente accordo quadro è costituito dall'attivazione di un Servizio continuativo H 24 di ossigenoterapia presso gli assistiti residenti e/o a qualsiasi titolo domiciliati nella Regione Puglia affetti da insufficienza respiratoria cronica, mediante la fornitura di ossigeno liquido terapeutico domiciliare (in seguito denominato OTL) a seguito di diagnosi e prescrizione da parte delle strutture specialistiche. Il Servizio è svolto a cura della Ditta di Distribuzione di Ossigeno Terapia Accreditata dalla Regione Puglia (di seguito denominata DDA) in possesso dei requisiti qui stabiliti e sottoscrittori del relativo accordo.

Il presente accordo è finalizzato a perseguire i seguenti obiettivi:

- Adempiere a quanto previsto dalle disposizioni del piano di rientro
- Uniformare su tutto il territorio l'assistenza per i pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria Cronica (I.R.C.)

### **Art. 2**

#### **(Decorrenza e durata del contratto)**

L'affidamento del Servizio di distribuzione diretta di Ossigeno liquido terapeutico domiciliare avrà la durata di un anno, rinnovabile, e sarà concesso solo alle Ditte in possesso dell'autorizzazione regionale ai sensi del D.L.vo 219/06. Le Parti si riconoscono reciprocamente il diritto di recedere dal presente accordo con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata a. r..

A far data dal 1° luglio 2011 il presente accordo avrà validità su tutto il territorio regionale, in modo da realizzare l'obiettivo dell'uniformità del servizio reso su tutto il territorio della Regione Puglia

### **Art. 3**

#### **(Standard del Servizio)**

La DDA si impegna a sottoscrivere con la Regione l'accettazione assoluta delle condizioni negoziali qui previste per l'erogazione del servizio richiesto.

La DDA deve produrre la seguente documentazione, sottoscritta dal Legale Rappresentante della Ditta medesima o dal suo delegato, formalmente nominato:

1. Relazione sottoscritta relativa alla propria struttura organizzativa dedicata unicamente al servizio di OTL, contenente in particolare:
  - Dichiarazione di Conformità alla Direttiva 2001/83/CE, recante il codice comunitario dei medicinali per uso umano, che consente il commercio dell'ossigeno terapeutico solo se dotato di AIC.
  - Certificazione ISO 9001:2000 (Vision 2000) .

- Strumenti di feedback (Customer Satisfaction) interni ed esterni.
  - Organico diretto ed indiretto
  - Piani e programmi di formazione.
  - Parco automezzi dedicato per servizio OTLT con relativo documento identificativo attestante idoneità al trasporto di ossigeno.
2. Dichiarazione della possibilità di fornitura ai pazienti in mobilità temporanea sul territorio nazionale
3. Dichiarazione di utilizzo di personale tecnico proprio per tutte le attività di coordinamento, controllo dei servizi e riferimento per gli assistiti.
4. Dichiarazione di specifica formazione effettuata da tutto il personale per la corretta esecuzione del servizio, allegando il piano di formazione del personale programmato per i 12 mesi dell'anno.
5. Organizzazione in grado di effettuare forniture e/o interventi **entro le 12 ore solari dalla chiamata.**
6. Dichiarazione di garantire il servizio di OTL 365 giorni/anno.
7. Dichiarazione di garantire un Call Center con numero verde attivo 365 giorni, h24.
8. Dichiarazione di garantire adeguato addestramento ai pazienti e/o familiari e/o loro delegati circa l'uso delle apparecchiature al domicilio dalla prima installazione delle apparecchiature medesime.
9. Dichiarazione di assunzione di responsabilità circa la corretta installazione e programmazione delle apparecchiature medesime nel rispetto delle prescrizioni mediche secondo le condizioni del regolamento regionale del servizio OTL e/o delle normative vigenti.
10. Dichiarazione sul tipo di apparecchiature utilizzate e – in particolare, per quanto riguarda i contenitori di ossigeno medicale – sulla loro capacità, fornendo specifica documentazione dell'effettiva regolarità e dei piani di manutenzione.
11. Copia dei manuali di istruzione da consegnarsi al paziente .
12. Copia autenticata della autorizzazione alla produzione primaria e/o della autorizzazione alla commercializzazione di ossigeno medicale.
13. Deposito Gas medicinali con eventuale autorizzazione di produzione secondaria di ossigeno nel territorio della Regione Puglia.
14. Dichiarazione della ditta - che non produca ma commercializzi solo l'ossigeno – di segnalazione del produttore, nonché impegno a segnalare all'Amministrazione eventuali nuovi produttori in accordo contrattuale con la stessa .
15. Dichiarazione con allegata copia autenticata del documento, comprovante l'avvenuta accensione di polizza assicurativa per R.C. avente massimale non inferiore a 10 milioni di Euro e periodo di riferimento pari alla durata del relativo contratto..

16. Sottoscrizione del Codice Etico dell'Home Care Provider come da proposta allegata.

17. Dichiarazione sostitutiva antimafia

18. Dichiarazione di accettazione delle condizioni contrattuali stabilite dalla Regione Puglia.

La documentazione prodotta sarà oggetto di valutazione da parte del Servizio Programmazione Assistenza territoriale Prevenzione – Ufficio Politiche del Farmaco della Regione Puglia.

La Regione Puglia si riserva di chiedere alle DDA aggiornamento periodico della citata documentazione, al fine di garantire ottimali standard di fornitura del servizio di OTL, a tutela dell'interesse proprio e dei pazienti.

La Regione Puglia si riserva inoltre, tramite appositi referenti, di effettuare, anche dopo la qualificazione e l'accreditamento, specifiche verifiche di congruità con quanto dichiarato in fase di contrattazione con particolare riferimento a:

- Valutazione della qualità assistenziale erogata accertata sulla base di specifici indicatori, che saranno definiti per consentire di valutare l'adesione agli standard stabiliti
- Verifica del rispetto dei piani di formazione del Personale secondo il piano presentato in fase di richiesta
- Verifica dei piani di manutenzione ordinaria come prevista dai manuali del dispositivo medico (da creare il manuale di manutenzione programmata).

La DDA potrà essere sospeso dalla Regione Puglia per il servizio di OTL in caso di discordanze tra documentazione/dichiarazioni/relazioni prodotte e servizio reso, salvi i maggiori danni.

La sospensione avverrà ad insindacabile giudizio della Regione previa formale contestazione ed apertura del relativo contraddittorio.

### **Codice Etico della DDA per il servizio di OTL**

Per mantenere la condotta e l'integrità etica del Servizio di OTL, l'DDA si impegna a rispettare integralmente quanto sotto indicato:

1. Prestare il più alto livello di assistenza e cura con puntualità, competenza e nel rispetto della salute e della sicurezza del paziente .
2. Servire tutti i pazienti senza distinzione di sesso, razza, credo, nazionalità o causa di malattia .
3. Fornire apparecchiature e servizi di qualità per le cure domiciliari in linea con le esigenze dei pazienti .
4. Istruire i pazienti e/o i loro delegati sul corretto utilizzo delle apparecchiature.
5. Spiegare ai pazienti e/o ai loro delegati, in maniera accurata e completa, i diritti e gli obblighi concernenti lo svolgimento del Servizio di OTL.
6. Rispettare le norme riguardanti il diritto alla privacy per tutto quanto riguarda i pazienti senza divulgare tali dati e/o informazioni di carattere riservato, salvo i casi consentiti dalla Legge.

7. Sviluppare, divulgare e migliorare le competenze professionali al fine di garantire ai pazienti le apparecchiature e i servizi più aggiornati .
8. Migliorare la qualità della assistenza sanitaria, garantendo ai pazienti i migliori prodotti e servizi, basati sulle tecnologie più avanzate .
9. Uniformarsi ai più rigorosi requisiti in tema di sicurezza dei prodotti, dei servizi e degli impianti a salvaguardia della Comunità, del personale e dell'ambiente.
10. Svolgere con onestà, lealtà e responsabilità l'attività di assistenza e cure a domicilio, guidati dai più alti principi etici, nel rispetto delle leggi e delle normative nazionali e locali che definiscono l'attività di assistenza e cure al domicilio.
11. Evitare ogni e qualsiasi "condizione di riferimento obbligata", per mezzo della quale i pazienti siano spinti ad utilizzare un determinato fornitore di apparecchiature medicali o servizi sanitari per il domicilio in contrasto con i diritti del paziente di scegliere il fornitore di suo gradimento.
12. Agire responsabilmente, basandosi su regole di integrità morali e stili di comportamento che rendano l'attività di assistenza e cure al domicilio inattaccabile in tutti gli addetti della professione.

#### **Art. 4 (Descrizione del Servizio)**

La DDA si impegna ad assicurare il servizio domiciliare ai pazienti che necessitano di OTL in seguito a regolare prescrizione, secondo quanto segue

#### **STRUMENTI**

- Materiali ed attrezzature:
  - Contenitore criogenico fisso + 1 contenitore portatile.
  - cannule nasali o maschera (monouso mensili), umidificatore, eventuale prolunga ossigeno;
- Assistenza tecnica:
  - per il criogenico fisso interventi di routine nei centri di riempimento dell'ossigeno;
  - per il portatile almeno ogni 9 mesi.

Per i pazienti ipossiemicici in ossigeno terapia con ossigeno liquido con flusso superiore a 5L/Min per 24 ore die deve essere prevista la possibilità, qualora il centro prescrittore ne faccia richiesta, del pulsossimetro portatile.

La DDA, pertanto, dovrà adeguarsi alla variabilità insita nelle situazioni determinate dalla patologia dei pazienti cui il servizio è rivolto, tipizzanti la personalizzazione delle prestazioni da erogare, mantenendo ferme ed invariate le condizioni dell'accordo.

Le ditte dovranno garantire al paziente inoltre:

- servizio di emergenza 24/24 ore per 365 gg/anno
- servizio di assistenza in viaggio, previo accordo per singolo paziente con il competente Distretto.
- Servizio assistenza, in caso di necessità, su tutto il territorio nazionale (consegna dell'ossigeno liquido e assistenza tecnica) per continuità dei regimi prescritti.
- personale dipendente necessario a garantire

**L'assistenza tecnica comprendente:**

- trasporto ed installazione delle attrezzature e dei materiali necessari, previa verifica dell'idoneità dei locali a contenere gli apparecchi scelti al caso specifico;
- manutenzione ordinaria e straordinaria dei contenitori criogenici e delle unità portatili;
- informazione e formazione dei pazienti sul corretto uso degli stessi;
- reperibilità telefonica 24 ore/24 ore;
- assicurare, salvo i casi di forza maggiore, che i pazienti abbiano sempre gli stessi operatori, fornendo a ciascuna ASL apposito elenco nominativo di addetti;

**L'assistenza organizzativa:**

- sarà fornita da un Responsabile Organizzativo, referente del programma, che svolgerà attività di interfaccia fra la Ditta appaltatrice e gli uffici competenti delle ASL.

**CARATTERISTICHE ATTREZZATURA:**

Apparecchio per ossigeno liquido con contenitore criogenico fisso da lt. 26.500, portatile da 500 e da 1000 litri, con fornitura di occhialini e di prolunghe per ossigeno

Tutte le apparecchiature proposte dovranno essere dotate del Marchio CE ed essere conformi alle norme vigenti sulla sicurezza elettrica in ambiente medicale.

I contenitori criogenici dovranno essere accompagnati da un'attestazione del produttore di conformità alle norme di cui al regolamento approvato con il D.M. 12.09.1925 e alle serie di norme integrative al predetto Decreto, ed in particolare:

- a) che i materiali impiegati nella costruzione del recipiente e degli accessori siano idonei alla minima temperatura di esercizio del gas liquefatto trasportato;
- b) che i dispositivi e le valvole di sicurezza siano efficienti e idonei alle basse temperature di impiego.
- c) adeguato servizio di pulizia e sanificazione dei sistemi a liquido/unità base e/o unità portatile (se richiesta e senza oneri aggiuntivi per l'ASL e per i pazienti) e degli eventuali accessori.

I contenitori base che di volta i volta saranno consegnati ai pazienti e i contenitori portatili che saranno loro dati in dotazione dovranno essere consegnati disinfettati e detersi con idonea soluzione.

**INSTALLAZIONE – IDONEITA' LOCALI – NORME DI SICUREZZA**

Gli apparecchi ed i loro accessori saranno installati e messi in grado di funzionare a cura e spese della DDA, in aderenza alla prescrizione sanitaria.

I materiali di consumo (cannule, mascherine, umidificatori, ecc.) saranno forniti dalla Ditta al paziente e rientreranno nel costo complessivo mensile pattuito.

All'atto della prima consegna delle apparecchiature, che dovrà avvenire presso il domicilio del paziente (o eventuale altro domicilio specificato dal paziente), come indicato nella scheda di attivazione, il personale tecnico della DDA dovrà visionare i locali ove il paziente effettuerà la terapia con ossigeno liquido ed erogarlo in maniera da garantire sicurezza ed esigenze degli utenti, nel rispetto della normativa vigente in materia .

Il Personale della DDA dovrà istruire il paziente e/o suo delegato in maniera tale da ottenere comunque il migliore adattamento alla terapia.

La DDA consegnerà al domicilio dei pazienti apparecchiature pulite in ottimo stato e perfettamente funzionanti.

La DDA si impegna a segnalare ai pazienti e/o familiari i rischi correlati al fumo negli ambienti dove si pratica OTL.

La DDA dovrà preavvisare il paziente per telefono prima di recarsi al suo domicilio per il ricambio del contenitore base.

### **DOCUMENTAZIONE RILASCIATA AL PAZIENTE ALL'ATTO DELLA PRIMA FORNITURA DI OLT.**

La DDA in occasione della prima consegna deve realizzare le seguenti azioni:

- a) consegnare al paziente il libretto d'istruzione in lingua italiana sull'uso dei sistemi di erogazione (unità base, unità portatile, accessori e devices);
- b) fornire al paziente l'indicazione del Centro Operativo che effettuerà il servizio e i relativi numeri telefonici da contattare per le successive consegne;
- c) fornire al paziente il recapito telefonico del Centro Operativo operante in modalità H24, per le eventuali chiamate d'emergenza. Tale informazione deve essere opportunamente indicata anche sulle apparecchiature;
- d) far sottoscrivere, al paziente o al caregiver, la dichiarazione relativa al consenso e all'autorizzazione del trattamento dei dati personali in conformità alle indicazioni Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" per il trattamento eseguito dalla DDA e dalla ASL. Una copia del documento è trattenuta dalla DDA; una copia del documento è consegnata al Distretto territorialmente competente in occasione della prima rendicontazione mensile; una copia del documento è consegnata al paziente;
- e) far sottoscrivere, al paziente o al caregiver, la dichiarazione con la quale ci si impegna al corretto utilizzo dell'ossigeno e si dichiara consapevole delle appropriate modalità di impiego e dei potenziali rischi connessi alla esposizione del gas a fiamme libere. Una copia del documento è trattenuta dalla DDA; una copia del documento è consegnata al Distretto territorialmente competente in occasione della prima rendicontazione mensile; una copia del documento è consegnata al paziente;
- f) consegnare al paziente il diario per la segnalazione di eventuali periodi di sospensione della ossigenoterapia (per ricovero o altri motivi): la DDA provvede a raccogliere la segnalazione mensile, sottoscritta dal paziente, e a consegnarla al Distretto territorialmente competente;
- g) fornire ai pazienti i numeri telefonici dei referenti aziendali del Servizio per eventuali reclami e segnalazioni relative al servizio offerto dalla DDA ritirare il diario mensile delle sospensioni della terapia, sottoscritto dal paziente o dal caregiver.

### **CONSEGNA – TEMPESTIVITA' NELLA FORNITURA E NELL'ASSISTENZA**

La consegna delle apparecchiature e dell'ossigeno liquido sarà effettuata direttamente al domicilio dei pazienti, qualunque sia la loro ubicazione nell'ambito del bacino di utenza della regione.

La DDA, entro massimo 12 ore dalla richiesta, fornisce al Paziente l'ossigeno necessario ed i relativi materiali consumabili, rileva i dati previsti dalla scheda prescrittiva presente presso il paziente, impostando i flussi di terapia. Per evidenti ragioni di carattere sanitario ed amministrativo, la fornitura di ossigeno liquido potrà essere effettuata solo in presenza di Piano terapeutico in corso di validità. La DDA allerta il paziente sulla imminenza della scadenza del piano terapeutico. Il Paziente provvede al rinnovo del Piano terapeutico a cura dello specialista da inviare al proprio Distretto.

In caso di scadenza del piano terapeutico coincidente con giorno festivo, lo stesso si intenderà prorogato di ulteriori cinque giorni onde consentirne il rinnovo.

Qualora il paziente sospenda la terapia per un periodo superiore a 15 giorni e lo comunichi alla DDA, questi dovrà provvedere al ritiro delle apparecchiature informando contestualmente il Distretto di appartenenza.

In caso di cessazione della terapia, la DDA provvederà a compilare una scheda di disattivazione del servizio, controfirmata dal paziente o da suo familiare e copia del documento verrà consegnata al Distretto competente.

### **SISTEMA TELEFONICO DI SOCCORSO E/O EMERGENZA**

La DDA dovrà essere in grado di effettuare il servizio consegne in emergenza 24 h/24 h per tutto l'anno, indipendentemente dalle festività

### **GESTIONE DEI RIFORNIMENTI**

La gestione dei rifornimenti dovrà essere assicurata in coerenza con il piano terapeutico autorizzato dal Distretto in considerazione del tasso di normale evaporazione del sistema ad ossigeno liquido.

La DDA si impegna a fornire, su richiesta del Distretto, tutte le informazioni necessarie al controllo della complicità del paziente.

Attesa la vitale importanza della somministrazione dell'Ossigeno per i pazienti assistiti, le ditte partecipanti dovranno garantirne, comunque ed in ogni caso, la fornitura entro un massimo di **12 ore dalla chiamata**. A tal fine le ditte fornitrici alla stipula del contratto dovranno rilasciare un'apposita dichiarazione liberatoria con cui esonerano l'ASL da ogni responsabilità civile e penale discendente da ritardato adempimento ovvero da inadempimento parziale o totale delle condizioni di contratto applicative del presente accordo.

La Regione si riserva, di dichiarare la decadenza dall'accordo, oltre che attivare azioni risarcitorie in danno.

### **CONTROLLO DI QUALITA' IN FASE DI PRODUZIONE, STOCCAGGIO, DISTRIBUZIONE**

L'approvvigionamento dell'ossigeno liquido dovrà avvenire da parte dell'DDA esclusivamente da Società autorizzate dal Ministero della Salute alla produzione primaria di ossigeno medicinale F.U. secondo i dettami del D. Lgs n. 219/2006 – Titolo IV produzione ed importazione.

Ogni DDA dovrà garantire la tracciabilità per ogni contenitore contenente l'ossigeno medicinale liquido.

L'ossigeno fornito al domicilio dovrà corrispondere a tutte le caratteristiche ed ai saggi di purezza prescritti dalle vigenti disposizioni in materia (Farmacopea Ufficiale edizione vigente).

La qualità dell'ossigeno potrà sempre essere accertata dal Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale prelevando un campione al momento della consegna presso l'assistito e disponendone l'analisi presso una struttura legalmente riconosciuta.

La Ditta si obbliga ad accettare il responso delle analisi e, nel caso che l'ossigeno non corrisponda alle caratteristiche di purezza previste dalla normativa vigente, **sarà sottoposta alle sanzioni di cui al successivo art.12 e, nel caso, al relativo risarcimento dei danni.**

Le spese per le analisi saranno a carico della Ditta, qualora le caratteristiche rilevate risultassero difformi da quelle richieste nel presente Disciplinare di accreditamento.

I controlli riguarderanno anche il perfetto funzionamento delle attrezzature, la regolare esecuzione e frequenza degli interventi tecnici e sanitari convenuti e quant'altro attinente al funzionamento del servizio.

In caso di inadempienze o violazioni alle norme di cui sopra o ai patti convenzionali che saranno presi, verranno applicate le penalità previste al successivo art. 12.

#### Art. 5

#### Organizzazione del Servizio OLT

Il servizio di OTL si svilupperà secondo il seguente percorso organizzativo

#### **PRESCRIZIONE**

Il Medico specialista prescrive la relativa terapia in OTL, redigendo l'apposita scheda di diagnosi e piano terapeutico (all. 1) con indicazione specifica dei flussi e dei tempi di erogazione di O<sub>2</sub>, che verrà fornita al paziente in due copie: in originale per il Distretto ed in copia per il paziente; una terza copia verrà archiviata dallo specialista.

#### **ATTIVAZIONE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO**

Il Paziente si reca al Distretto per la:

- attivazione del riconoscimento di patologia cronica, ai sensi del DM 329/99;
- consegna della scheda di diagnosi e piano terapeutico
- scelta della DDA fra quelle accreditate (compilazione del modello)

L'erogazione del servizio avverrà solo per i pazienti con:

- residenza o transitorio domicilio nelle ASL della Puglia. Per i pazienti in soggiorno temporaneo, l'erogazione avverrà previa acquisizione, da parte del Distretto, del consenso da parte dell'ASL di appartenenza alla fornitura.
- possesso del tesserino di riconoscimento di patologia cronica codice 024;
- scheda di diagnosi e piano terapeutico

Il Distretto fornisce l'elenco delle Ditte accreditate su modello prestampato.

Il Paziente comunica la scelta al Distretto e riceve contestualmente la scheda di autorizzazione alla fornitura vidimata dal Distretto.

Il paziente contatta la DDA e consegna il modulo autorizzato dal Distretto, con copia del piano terapeutico al momento dell'attivazione del servizio.

La DDA, entro massimo 12 ore dalla chiamata, fornisce al Paziente l'ossigeno necessario ed i relativi materiali consumabili, rileva i dati previsti dalla scheda prescrittiva presente presso il paziente, impostando i flussi di terapia.

Alla ricezione dell'Ossigeno e del materiale previsto, il paziente firmerà la bolla di consegna.

Il Paziente segnalerà eventuali disservizi al Distretto.

La DDA, a tutela tanto dei pazienti in trattamento IRC che dell'Amministrazione, dovrà comunicare ai Distretti l'effettuato intervento tecnico straordinario; dovrà altresì tempestivamente comunicare eventuali ritardi o inadempienze, con le relative motivazioni.

### **VERIFICHE E LIQUIDAZIONE**

La DDA comunica all'Ufficio competente del Distretto a mezzo fax o per via informatica l'attivazione del servizio al paziente (con copia della prima bolla di consegna firmata dal paziente). Il servizio dovrà essere attivato in conformità a quanto previsto nell'Accordo. La DDA, entro il giorno 10 del mese successivo invia al Distretto, su foglio "excel", l'elenco dei pazienti fruitori del servizio nel mese e la data di inizio della terapia nel mese (se paziente nuovo), le relative quantità di ossigeno fornite, il valore di prescrizione e l'eventuale variazione dalla stessa con eventuali motivazioni riscontrabili, le bolle di consegna firmate -in ordine alfabetico per paziente- di prodotto e consumabili per ogni paziente. A detta documentazione viene aggiunta la relativa fattura per singolo distretto, intestata all'ASL di competenza, calcolata sulla base dei costi di cui al successivo art. 7, con il dettaglio per singolo paziente:

- costo del servizio in relazione ai giorni di terapia
- costo del farmaco in relazione al numero di confezioni dispensate

La DDA fornirà altresì ogni mese al Distretto l'elenco dei pazienti e i dati di consumo. Ciò consentirà l'elaborazione ed il continuo aggiornamento del Registro Aziendale dell'OTL.

Il Distretto riscontra la regolarità della fornitura, la corrispondenza con il numero di pazienti serviti nel mese e la corrispondenza della fattura ai dati indicati; predisporre la liquidazione della fattura e la invia all'Ufficio Ragioneria per il pagamento.

La DDA potrà essere sospesa dalla ASL per il servizio di OTL in caso di discordanze tra documentazione/dichiarazioni/relazioni prodotte e servizio reso, salvi i maggiori danni. La sospensione avverrà ad insindacabile giudizio della ASL, previa formale contestazione ed apertura del relativo contraddittorio

### **REGISTRO DISTRETTUALE DELL'OLT**

Il Distretto registra il paziente nel Registro OLT distrettuale riportando in esso i principali dati; riscontra le attivazioni comunicate dalla DDA rispetto al Registro distrettuale.

### **CESSAZIONE DELLA TERAPIA**

In caso di cessazione della terapia a qualsiasi titolo, la DDA provvederà alla compilazione di una scheda della disattivazione del servizio in favore del paziente, controfirmata dallo stesso o da suo familiare. Copia del documento verrà consegnata al Distretto competente.

### **PRIMA FASE DI ATTUAZIONE**

LA DDA fornirà al Distretto l'elenco completo dei pazienti che già usufruiscono della fornitura di ossigeno terapeutico liquido.

La stessa DDA dovrà continuare a fornire l'ossigeno per un massimo di quarantacinque giorni a partire dalla firma dell'accordo, fatturando all'ASL, con l'obbligo, entro detto periodo, di far pervenire in copia ai Distretti di competenza la seguente documentazione acquisita dai pazienti:

- copia dell'esenzione per Insufficienza Respiratoria Cronica (codice patologia 024);
- scheda di diagnosi e piano terapeutico ;
- modulo di scelta sottoscritto dal paziente o suo delegato ;

Nel caso in cui il paziente fosse sprovvisto della prescrizione specialistica richiesta, la DDA informerà lo stesso affinché provveda ad una nuova visita specialistica, finalizzata alla detta prescrizione, da produrre al Distretto competente .

### **FLUSSI INFORMATIVI**

Le DDA sono tenuti alla trasmissione dei flussi informativi previsti dalla Regione.

#### **Art. 6**

#### **Verifica, controllo, valutazione**

La Regione Puglia, attraverso le proprie Aziende Sanitarie Locali, accerta con periodicità lo stato di attuazione del servizio oggetto del presente accordo contrattuale e verifica la corrispondenza delle attività al programma convenuto.

La vigilanza ed il controllo sul servizio erogato sotto il profilo quali-quantitativo saranno effettuate in particolare dai competenti Uffici distrettuali e dai servizi Farmaceutici Territoriali, ognuno per le rispettive competenze.

L'ASL potrà valutare la qualità del servizio fornito dagli operatori messi a disposizione dalla Ditta fornitrice e ne potrà eventualmente richiedere la sostituzione qualora si ravvisassero deficienze qualitative oppure inadempienze quantitative del servizio.

#### **Art. 7**

#### **Costi**

Per le attività previste dal presente accordo le DDA fattureranno ai Distretti di competenza delle ASL della Regione Puglia i seguenti importi:

€ 1,30 (uno/30)/die per ogni giorno di terapia attuata nel mese;

€ 62,00 (sessantadue/00) per ogni confezione di farmaco ossigeno da 26,520 lt consegnata nel mese. Il Pagamento da parte delle ASL avverrà entro il termine di 90 giorni dal ricevimento della fattura alla quale dovrà essere allegato quanto indicato all'art. 5.

#### **Art.8**

#### **Avvio del Servizio**

Non oltre il termine massimo di 10 giorni dalla data di stipula dell'accordo, le DDA fornitrici dovranno consegnare ai Distretti territorialmente competenti tutti gli elenchi dei pazienti in carico in OTL, corredato dai riferimenti anagrafici (indirizzo, numeri telefonici, numeri di cellulare), specificando flussi di erogazione frequenza cambio, numero confezioni erogati per paziente e il totale delle confezioni per singola ditta fornitrice.

### **Art.9** **Obblighi della Ditta**

L'affidatario del Servizio è tenuto a:

- presentare l'elenco dei dipendenti preposti all'esecuzione del contratto, con relative qualifiche e mansioni;
- applicare nei confronti dei lavoratori dipendenti condizioni retributive non inferiori a quelle previste dai rispettivi contratti di lavoro vigenti durante tutto il periodo di validità dell'appalto;
- rispettare tutti gli obblighi previdenziali ed assicurativi previsti (danni verso terzi, compresi gli utenti e responsabilità civile);
- assicurare lo svolgimento del servizio nel rispetto di tutte le norme vigenti in materia di prevenzione infortuni ed igiene e sicurezza sul lavoro;
- garantire la riservatezza delle informazioni riferite dalle persone che fruiscono del servizio;
- garantire operatori professionalmente motivati ed in grado di esprimere, nei confronti dei destinatari del servizio, comportamenti improntati al massimo rispetto della dignità della persona, sensibilità, comprensione, fiducia e calore umano;
- garantire la formazione e l'aggiornamento degli operatori;
- nominare il Responsabile della ditta che avrà l'obbligo di collaborare strettamente con gli uffici competenti delle A.S.L. per le esigenze del Servizio;
- nominare il Responsabile della Privacy che avrà l'obbligo di collaborare strettamente con gli uffici competenti delle A.S.L.
- 
- . per le esigenze del Servizio
- fornire qualsiasi informazione dagli stessi richiesta, con cadenza periodica od in forma occasionale, circa i servizi del presente accordo, anche mediante l'utilizzo di strumenti e standard informativi ed informatici;
- assicurare che il Servizio sia effettuato, possibilmente, sempre dagli stessi operatori, fatta eccezione per i casi forza maggiore;
- assicurare, infine, che il Servizio di assistenza sia attivo H 24 , compresi i giorni prefestivi e festivi garantendo la tempestività delle forniture entro 12 ore dalla richiesta, trattandosi di terapia indispensabile, insostituibile ed urgente, tale da non ammettere sospensioni e/o carenze nella terapia stessa.

### **Art. 10** **Contestazioni, sanzioni, penalità e risoluzione del contratto**

L'ASL, tenuto conto della gravità dei ritardi e/o delle omissioni, previa notifica alla ditta firmataria dell'accordo, potrà considerare inadempiente la ditta aggiudicataria anche in caso di inadempimento/inosservanza (lieve o parziale) degli obblighi o di prestazioni e/o forniture difformi dal l'accordo medesimo, relativi ad esempio:

- non rispetto della cadenza prevista programmata delle visite a domicilio da parte del personale tecnico della ditta;
  - fornitura di ossigeno mancante dei caratteri di purezza prescritti dalla normativa vigente .
- In caso di inadempimento totale o parziale, l'accordo potrà essere risolto per giusta causa.

**Art. 11**  
**Obblighi trattamento dati**

L' DDA è obbligata ad osservare le disposizioni dettate dal D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni in materia di trattamento dei dati sensibili.

L' DDA manterrà riservati e darà istruzione al proprio personale affinché vengano mantenuti riservati i dati economici, statistici, amministrativi e quelli concernente il personale, che vengono portati a sua conoscenza in ragione del servizio e delle prestazioni effettuate.

Corrispondentemente l'Amministrazione manterrà riservate le informazioni tecniche dell'Impresa che venissero portate a sua conoscenza, nonché i dati tecnici forniti dall'impresa stessa.

**Art.12**  
**Clausole di salvaguardia**

E' fatta salva per la Regione Puglia la possibilità di apportare modifiche al presente accordo in caso di entrata in vigore di norme nazionali, di obblighi previsti dal piano di rientro, o di criticità che dovessero emergere nell'attuazione.

**Art. 13**  
**Contabilizzazione ossigeno Terapeutico**

Si ritiene prospettare la seguente soluzione:

1. L'azienda commerciale preleva, di volta in volta, dal proprio deposito, ciascuna unità, compilando, per ciascuna consegna, il Documento di Trasporto previsto dal D.P.R. n. 472 del 14.08.1996. Il Documento di Trasporto riporta come destinatario l'Azienda Sanitaria committente ma, come luogo di consegna dell'unità, il domicilio del paziente, indicato con l'indirizzo ed il relativo codice fiscale (vedi esempio sub.1);

2. entro il 15° giorno del mese successivo a quello della consegna o spedizione, l'Azienda commerciale emette – cumulativamente o per paziente – fattura differita all'Azienda Sanitaria, specificando il quantitativo effettivamente consegnato a ciascuno, riepilogato dai Documenti di Trasporto che, necessariamente, vanno citati nella fattura riportandone data e numero (vds esempio sub. 2).

Ditta Rossi Mario  
Via Spagna 12  
70100 Bari  
P.IVA \_\_\_\_\_

**Incaricato del trasporto:**  
Autotrasporti Pinco  
Sig. \_\_\_\_\_  
Automezzo IVECO ED876FR

Spett.le  
Azienda Sanitaria Locale  
Bari  
Lungomare Starita  
70100 Bari

Partita IVA _____ <b>Luogo di consegna:</b> Santoro Luciano Cod.fiscale _____ Indirizzo _____  Documento di Trasporto n. 00001 del 02.07.2011  Descrizione dei beni: - natura: Bombole di ossigeno terapeutico - qualità: unità da Lt _____ - quantità: 01 (una) Ditta Rossi Mario
Ditta Rossi Mario Via Spagna 12 70100 Bari P.IVA _____  Spett.le Azienda Sanitaria Locale Bari Lungomare Starita 70100 Bari Partita IVA _____ <b>Luogo di consegna:</b> indirizzo _____  Fattura n. 000003 del 02.07.2011  <b>Descrizione dei beni:</b> - natura Bombole di ossigeno terapeutico per paziente cognome nome (codice fiscale) - quantità 04 (vds DDT nr _____ del _____ nr. _____ del _____, nr _____ del _____ nr: _____ del _____ Importo _____ Iva _____ Totale _____

Data 13 giugno 2011

**Firma per accettazione**

AIR LIQUIDE SANITA' S.P.A. \_\_\_\_\_

BARTOLO OSSIGENO S.R.L. \_\_\_\_\_

MEDIGAS ITALIA \_\_\_\_\_

**RIVOIRA S.P.A.** \_\_\_\_\_

**PUGLIA LIFE S.R.L.** \_\_\_\_\_

**SOL** \_\_\_\_\_

**PHARMAGAS S.R.L.** \_\_\_\_\_

**C.D.S. OXI** \_\_\_\_\_

**FONTANA** \_\_\_\_\_

**OXYGEN CENTER S.A.S** \_\_\_\_\_

**OXITER S.R.L.** \_\_\_\_\_

**DOMO LIFE S.R.L.** \_\_\_\_\_

**TECNOGAS MEDISERVICE** \_\_\_\_\_

**SAPIO LIFE S.R.L.** \_\_\_\_\_

**VIVISOL S.R.L.** \_\_\_\_\_

**OSSIMAC DI MACULLI & C.** \_\_\_\_\_

**FM MOCAVERO OSSIGENO** \_\_\_\_\_

**LA SANITARIA** \_\_\_\_\_

**CRIOSERVICE** \_\_\_\_\_

**SICO** \_\_\_\_\_

**LINDE MEDICALE S.R.L.** \_\_\_\_\_

**MEDICAL GAS S.R.L.** \_\_\_\_\_

**BALICE OSSIGENO S.R.L.** \_\_\_\_\_

**SALENTO OSSIGENO** \_\_\_\_\_

**MEDICAIR ITALIA S.R.L.** \_\_\_\_\_

**CRIO SALENTO S.R.L.** \_\_\_\_\_

**CRIONAIR ITALIA** \_\_\_\_\_

**VITALAIR ITALIA S.R.L.** \_\_\_\_\_

**L' ASSESSORE  
Prof. Tommaso Fiore**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1391

**Legge Regionale n. 2/2011 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012”. Provvedimenti per la riduzione della spesa farmaceutica. Rimodulazione fasce di esenzione dalla spesa farmaceutica per reddito.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata congiuntamente dall'Ufficio Politiche del Farmaco e dall'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, confermata dal dirigente del Servizio PATP e del Servizio APS, riferisce:

Premesso che:

- con DGR n. 1198/2005, di modifica alla D.G.R. n. 1718/2004, è stato modificato il sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica (ticket) reintrodotta in Puglia con la deliberazione n. 1162/02;
- con DGR n. 1501/08 sono stati aggiornati i limiti di reddito al di sotto dei quali compete l'esenzione totale o parziale per la compartecipazione alla spesa farmaceutica nella Regione Puglia; nello specifico:
  - a) il limite per l'esenzione totale è stato elevato a € 29.000,00 di imponibile IRPEF con incremento di € 1.000,0 per ogni figlio a carico;
  - b) il limite per l'esenzione parziale è stato elevato a € 34.000,00 di imponibile IRPEF incrementato di € 1.000,0 per ciascun figlio a carico;
  - c) il limite per l'esenzione parziale per i soggetti ultrasessantacinquenni è stato elevato a € 39.000,00 di imponibile IRPEF incrementato di € 1.000,0 per ciascun figlio a carico;
  - d) sono rimaste invariate rimangono le condizioni stabilite dalla Delibera di Giunta regionale n. 1198/05, per usufruire dell'esenzione totale, indipendentemente dal reddito.
- con lo stesso provvedimento è stato precisato che la valutazione della situazione economica rilevante ai fini della esenzione parziale o totale dovrà essere effettuata con riferimento esclusivamente al nucleo familiare, composto dal richiedente l'esenzione stessa, dai soggetti con i quali

convive e da quelli considerati a suo carico ai fini IRPEF, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 e non prendendo in considerazione la composizione della famiglia anagrafica, riportata sullo stato di famiglia, nel cui ambito possono individuarsi più nuclei familiari

- con DGR n. 2789/2010 (pubblicata sul BURP n. 194 del 30/12/2010) la Giunta Regionale ha stabilito di:
  - a) disporre, secondo quanto stabilito nell'accordo tra la Regione Puglia e il Ministero della salute, Ministero dell'Economia e delle finanze per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'introduzione di un ticket fisso a ricetta pari a € 1,00 per tutti i cittadini pugliesi esenti e non;
  - b) precisare che rimangono invariate le disposizioni riguardanti l'esenzione per reddito, stabilite con DGR n. 1501/08 in attesa delle informazioni di reddito riferite al periodo di imposta 2009, rese disponibili alla AA.SS.LL. tramite il Sistema Tessera Sanitaria;
  - c) ribadire che rimangono invariate le condizioni stabilite dalla DGR n. 1198/05 per usufruire dell'esenzione totale indipendentemente dal reddito;
- con DGR n. 2790/2010, pubblicata sul BURP n. 7 del 14/01/2011, la Giunta Regionale ha stabilito le modalità di attuazione delle disposizioni del D.M. 11/12/2009, relativamente alle condizioni di esenzione previste dall'art. 8 comma 16 della L. n. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni;

Rilevato che:

- il Piano di Rientro della Regione Puglia approvato con Legge regionale n. 2/2011 prevede al punto B1 la rimodulazione dell'attuale sistema di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica per motivi di reddito, atteso che come riportato nell'allegato operativo allo stesso piano il numero totale di assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito fino a 29.000,00 euro che usufruiscono della esenzione totale è pari a quasi il 70% degli assistiti;

- il numero di assistiti che possono usufruire del diritto all'esenzione totale dal pagamento del ticket per la spesa farmaceutica è superiore al 80%;

Considerato che:

- si rende necessario, al fine di ridurre la spesa farmaceutica regionale, adottare una rimodulazione dell'attuale sistema di esenzione del ticket, che agirebbe in modo diretto attraverso il maggior incasso della compartecipazione dei cittadini alla spesa ed in modo indiretto inducendo minori consumi nell'area dell'inappropriatezza;
- dalle analisi effettuate, riducendo le soglie di esenzione totale e parziale rispettivamente da 29.000,00 euro anni lordi a 18.000,00 euro e da 34.000,00 a 29.000,00 euro, si otterrebbe una riduzione sostanziale degli assistiti che possono usufruire del diritto all'esenzione ticket totale per motivi di reddito (circa 35% rispetto al numero di esenti potenziali e 20% rispetto al numero di esenti che attualmente usufruiscono del diritto di esenzione), con conseguente maggior gettito ticket stimabile, in prima approssimazione, in circa 20 milioni di euro annui, sulla base del mancato gettito ticket stimato nell'allegato tecnico del Piano di Rientro;
- a seguito di incontri tecnici con i referenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e la SOGEI S.p.A., si è convenuto che tramite il Sistema Tessera Sanitaria (TS), di cui all'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni in L.n. 326/2003, fossero effettuate specifiche elaborazioni per la Regione Puglia al fine di fornire alle Aziende Sanitarie Locali ed ai medici prescrittori collegati con al Sistema TS gli elenchi degli assistiti esenti in base alle nuove soglie di esenzioni, in analogia a quanto stabilito dal D.M. 11/12/2009 e dalla DGR n. 2790/2010 per la verifica del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per visite ed esami specialistici;
- che le suddette elaborazioni si sono concluse nel corso del mese di giugno;
- le funzionalità disponibili per mezzo del Sistema TS permettono di automatizzare il processo di gestione delle esenzioni e di semplificare gli adempimenti a carico del cittadini, rendono al contempo più efficace, efficiente ed economico il

processo di gestione delle esenzioni e di verifica del diritto alle stesse da parte delle Aziende Sanitarie Locali;

- l'applicazione delle procedure previste dal D.M. 11/12/2009 rende possibile la verifica preventiva delle condizioni di esenzione per motivi di reddito;
- si rende necessario un periodo di transizione dal vecchio sistema al nuovo regime di modulazione dell'esenzione ticket al fine di agevolare gli adempimenti a carico delle aziende sanitarie e degli assistiti;

Per tutto quanto sopra esposto, si propone alla Giunta Regionale di:

- stabilire i seguenti limiti di reddito al di sotto dei quali compete l'esenzione totale o parziale per l'assistenza farmaceutica:
  - a) Esenzione Totale (codice E94): assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico;
  - b) Esenzione Parziale (codice E96): assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico;
  - c) Esenzione Parziale (codice E95): cittadini di età superiore a sessantacinque, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro;
- ribadire che rimangono invariate le condizioni stabilite dalla DGR n 1198/05 e dalla DGR n. 1501/08 per usufruire dell'esenzione indipendentemente dal reddito;
- stabilire che i nuovi limiti di reddito entreranno in vigore dal 01/07/2011, data entro la quale saranno disponibili tramite il Sistema TS gli esiti delle elaborazioni sui dati reddituali riferiti all'anno 2009, con l'indicazione del diritto all'esenzione per tali limiti di reddito;
- stabilire che per avvalersi del diritto di esenzione nei suddetti casi si applicano le disposizioni del D.M. 11/12/2009 e della DGR n. 2790/2010;
- stabilire un periodo transitorio di tre mesi dal 01/07/2011 al 30/09/2011, durante il quale restano validi gli attestati di esenzione per motivi di reddito precedentemente rilasciati dalle Aziende Sanitarie Locali;

- di stabilire che, in ogni caso, nel suddetto periodo transitorio è in ogni caso responsabilità dell'assistito non avvalersi del diritto all'esenzione, qualora, pur in possesso di un attestato di esenzione rilasciato prima del 01/07/2011 sulla base delle previgenti fasce di esenzione, non rientri nelle categorie di cui ai codici E94, E95, E96;
- di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione di Ospedaliere di assicurare idonee forme di comunicazione ai cittadini e di provvedere agli adempimenti conseguenti dal presente provvedimento;
- di dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, al Responsabile Interno di Progetto del Sistema Informativo Sanitario Regionale ed alla Segreteria Tecnica del Tavolo della Sanità Elettronica di Puglia (di cui al R.R. 19/2007) di provvedere agli adeguamenti necessari ai sistemi informativi.

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

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

Il Dirigente del Servizio PATP  
Fulvio Longo

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. a), della L.R. 4.2.1997, n.7.

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

#### **LA GIUNTA**

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile P.O. e

A.P. dell'Ufficio Politiche del Farmaco, del Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, del Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e del Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

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 stabilire i seguenti limiti di reddito al di sotto dei quali compete l'esenzione totale o parziale per l'assistenza farmaceutica:
  - d) Esenzione Totale (codice E94): assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 18.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico;
  - e) Esenzione Parziale (codice E96): assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 23.000,00 euro, incrementato di 1.000,00 euro per ogni figlio a carico;
  - f) Esenzione Parziale (codice E95): cittadini di età superiore a sessantacinque, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo annuo non superiore a 36.151,98 euro;
- di ribadire che rimangono invariate le condizioni stabilite dalla DGR n 1198/05 e dalla DGR n. 1501/08 per usufruire dell'esenzione farmaceutica indipendentemente dal reddito
- di stabilire che i nuovi limiti di reddito per l'esenzione farmaceutica entreranno in vigore dal **01/07/2011**, data entro la quale saranno disponibili tramite il Sistema TS gli esiti delle elaborazioni sui dati reddituali riferiti all'anno 2009, con l'indicazione del diritto all'esenzione per tali limiti di reddito;
- di stabilire che per avvalersi del diritto di esenzione nei suddetti casi si applicano le disposizioni del D.M. 11/12/2009 e della DGR n. 2790/2010.

- di stabilire un periodo transitorio di tre mesi dal 01/07/2011 al 30/09/2011, durante il quale restano validi gli attestati di esenzione per l'assistenza farmaceutica per motivi di reddito precedentemente rilasciati dalle Aziende Sanitarie Locali;
- di stabilire che, in ogni caso, nel suddetto periodo transitorio, è responsabilità dell'assistito non avvalersi del diritto all'esenzione, qualora, pur in possesso di un attestato di esenzione per l'assistenza farmaceutica rilasciato prima del 01/07/2011 sulla base delle previgenti fasce di esenzione, non rientri nelle categorie di cui ai codici E94, E95, E96;
- di dare mandato al Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione di Ospedaliere di assicurare idonee forme di comunicazione ai cittadini e di provvedere agli adempimenti conseguenti dal presente provvedimento;
- di dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, al Responsabile Interno di Progetto del Sistema Informativo Sanitario Regionale ed alla Segreteria Tecnica del Tavolo della Sanità Elettronica di Puglia (di cui al R.R. 19/2007) di provvedere agli adeguamenti necessari ai sistemi informativi.
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 giugno 2011, n. 1392

**Direttive per l'applicazione delle norme contenute nel D.P.R. 371/98. Convenzione Nazionale Farmaceutica. Integrazione.**

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata, dal Responsabile P.O.

Ufficio Politiche della Salute, confermata dal Responsabile A.P. e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

La Giunta Regionale con deliberazione n. 2974 del 28.12.2010 ha approvato le procedure che le Commissioni tecniche aziendali, istituite ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 371/98 e i Servizi Farmaceutici territoriali delle AA.SS.LL. della Regione Puglia, dovranno adottare per l'esame delle ricette spedite dalle farmacie convenzionate contenenti eventuali irregolarità.

In detto atto di Giunta sono stati riportati i casi di regolarizzazione previsti dal comma 6 art. 4 del D.P.R. 371/98 fra la ASL e le farmacie interessate.

Al punto 5) è stata specificata la sostituibilità del principio attivo in farmacia, nell'ambito della lista di trasparenza.

Si ritiene necessario al riguardo dettagliare specificatamente di seguito i casi in cui è consentita la sostituzione da parte del farmacista del farmaco generico equivalente prescritto dal medico con altro farmaco equivalente:

- 1) quando il medico prescrive al paziente il solo principio attivo o il principio attivo con la specifica del titolare dell'AIC, il farmacista può sostituirlo con altro generico di prezzo inferiore o uguale con il consenso del paziente - il farmaco dispensato deve corrispondere per dosaggio a quello prescritto;
- 2) il farmacista non può sostituire il farmaco equivalente prescritto dal medico con altro equivalente avente prezzo superiore a quello prescritto;
- 3) quando il medico prescrive il principio attivo del farmaco specificando il nome del titolare dell'AIC con l'annotazione della sua insostituibilità, il farmacista non può procedere in alcun modo alla sostituzione del farmaco prescritto.

Si ritiene, inoltre, utile specificare che quando nella ricetta viene indicato il principio attivo e il nome del titolare AIC ed il farmaco ha un prezzo superiore al farmaco "brand", se non viene specificata la sua insostituibilità da parte del medico, il farmacista, a richiesta del paziente, potrà sostituire il generico con il farmaco "brand" avente prezzo inferiore.

**COPERTURA FINANZIARIA****Ai sensi della L.R. n. 28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.**

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

Il Dirigente del Servizio  
Dr. Fulvio Longo

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

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

**LA GIUNTA**

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

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

**DELIBERA**

- di approvare quanto espresso in narrativa, che costituisce parte sostanziale del presente provvedimento deliberativo;
- di integrare il punto 5) della D.G.R. n. 2974 del 28.12.2010 dettagliando i seguenti casi in cui è consentita da parte del farmacista la sostituzione del farmaco generico equivalente prescritto dal medico:

1. quando il medico prescrive al paziente il solo principio attivo o il principio attivo con la specifica del titolare dell'AIC, il farmacista può sostituirlo con altro generico di prezzo inferiore o uguale con il consenso del paziente - il farmaco dispensato deve corrispondere per dosaggio a quello prescritto;
2. il farmacista non può sostituire il farmaco equivalente prescritto dal medico con altro equivalente avente prezzo superiore a quello prescritto;
3. quando il medico prescrive il principio attivo del farmaco specificando il nome del titolare dell'AIC con l'annotazione della sua insostituibilità, il farmacista non può procedere in alcun modo alla sostituzione del farmaco prescritto;

- di specificare che quando nella ricetta viene indicato il principio attivo e il nome del titolare AIC ed il farmaco ha un prezzo superiore al farmaco "brand", se non viene specificata la sua insostituibilità da parte del medico, il farmacista, a richiesta del paziente, potrà sostituire il generico con il farmaco "brand" avente prezzo inferiore;
- di precisare che, le procedure, di cui sopra, entrano in vigore dall'approvazione del presente provvedimento, mentre le ricette oggetto di contestazione, già all'esame delle Commissioni tecniche aziendali, che presentano anomalie palesemente non conformi agli articoli del DPR 371/98, dovranno essere inviate per la relativa valutazione alla Commissione farmaceutica regionale, che è stata nominata con provvedimento n. 214 del 7.6.2011 dal Dirigente del Servizio PATP;
- di notificare il presente atto ai Direttori Generali, ai Direttori dei Servizi Farmaceutici territoriali delle AA.SS.LL., alle Commissioni tecniche aziendali e alla Federfarma Puglia;
- di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, esecutiva, sul BURP.

Il Segretario della Giunta  
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Alba Sasso



*Progetto nuova sede Consiglio Regionale*



**BOLLETTINO**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE PUGLIA**

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

Tel. 0805406317 - 6372 / fax 0805406379

*Abbonamenti:* 0805406376

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

*e-mail:* [burp@regione.puglia.it](mailto:burp@regione.puglia.it)

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