

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

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

Anno XLIV

BARI, 22 MAGGIO 2013

N. 70



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 € 185,93 comprensivo di IVA, 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 € 13,63 comprensivo di IVA, 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.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 776

Variazione al Bilancio di previsione 2013 ai sensi art. 72 della L.R. n. 28/2001 e art. 12 della L.R. n. 46/2012 - Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 - Restituzione somme relative al finanziamento di progetti di lotta alla droga - Iscrizione risorse al Cap. 783155.

Pag. 16789

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 777

Presa d'atto dell'adesione della Regione Puglia al “Progetto sperimentale volto alla creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia” (S.I.N.S.E.). Variazione al bilancio di previsione 2013, ai sensi dell'art. 42 della l.r. n. 28/2001, per l'iscrizione del relativo finanziamento.

Pag. 16791

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 778

PO FESR 2007-2013. Reg. Reg.le n. 9/08 e s.m.i. - Titolo VI “Aiuti ai programmi di investimento promossi da grandi imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali” DGR n. 2153/08. DGR n. 823 del 06 maggio 2011. Delibera di non ammissibilità della proposta alla fase di presentazione del progetto definitivo dell'istanza presentata dall'impresa. Soggetto proponente: Taranto Container Terminal s.p.a.

Pag. 16793

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 781

L.R. 21 maggio 2008, n. 8 “Disciplina in materia di autorizzazioni all'insediamento dell'esercizio cinematografico” - art. 4 - Sostituzione e nomina del componente di Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione, con funzioni di Presidente, a seguito di dimissioni.

Pag. 16807

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 784

PO FESR 2007-2013. Reg. Reg.le n. 9/08 e s.m.i. - Titolo VI “Aiuti ai programmi di investimento promossi da grandi imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali” DGR n. 2153/08. DGR n. 1840 del 05 agosto 2011. Decadenza per rinuncia alla presentazione delle integrazioni al progetto definitivo relativo all'istanza presentata dall'impresa. Soggetto proponente: Sistemi Software Integrati s.p.a.

Pag. 16808

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 785

L.R. n. 24/06: “Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale” - Art. 4: Istituzione Coordinamento regionale delle attività trasfusionali (CRAT) - D.G.R. n. 1728/06 - Proroga nomina componenti, modifica punto 3.5 D.G.R. n. 1728/06 e annullamento della D.G.R. n. 501/2008.

Pag. 16810

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 786

Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale per la Rete dell'Anatomia Patologica.

Pag. 16813

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 787

Costituzione della Commissione Paritetica Regionale per l'Attività Libero Professionale Intramoenia del personale del Servizio Sanitario Regionale.

Pag. 16815

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 788

Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2013 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato.

Pag. 16817

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 aprile 2013, n. 789

Requisiti e procedure per la nomina a Direttore generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia - Modifica dell'Intesa Regione-Università del 02/12/2011 ai sensi dell'art. 4, co. 1, lett. a) della Legge n. 189/2012. Approvazione.

Pag. 16836

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23
aprile 2013, n. 799

Atto di intesa regionale per l'autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di: Una nuova sezione elettrica a 150 kV nell'esistente stazione a 380 kV di "Palo del Colle" e opere connesse; Raccordi aerei in entra-esci, della suddetta nuova sezione, all'esistente elettodotto a 150 kV "Bitonto - Modugno"; Nuovo elettrodotto in cavo a 150 kV "Palo del Colle - Bari Termica".

Pag.16845

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26
aprile 2013, n. 800

D. Lgs.vo 118/2011 art. 20 - Adempimenti conseguenti. Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013. Art. 42 L.R. 28/2011 e s.m.i.

Pag. 16853

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26
aprile 2013, n. 801

Risorse vincolate ex art. 1, e 34 - 34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 - Accordo Rep. Atti n. 228/CSR del 22/11/12 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.L.gs n. 28/08/97, n. 281. Approvazione progetti ed iscrizione risorse in bilancio.

Pag. 16856

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 776

Variazione al Bilancio di previsione 2013 ai sensi art. 72 della L.R. n. 28/2001 e art. 12 della L.R. n. 46/2012 - Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 - Restituzione somme relative al finanziamento di progetti di lotta alla droga - Iscrizione risorse al Cap. 783155.

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

Ai sensi dell'art. 1 del Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 le quote del Fondo nazionale di lotta alla droga assegnate alla Regione Puglia giusta articolo 127 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, come sostituito dell'articolo 1, comma 2, della legge 18 febbraio 1999, n. 45, sono state destinate al finanziamento di progetti triennali finalizzati alla prevenzione e al recupero della tossicodipendenza e

dell'alcoldipendenza correlata e al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti, presentati dalle province, dai comuni e loro consorzi, dalle comunità montane, dalle aziende unità sanitarie locali, dagli enti di cui agli articoli 115 e 116 del D.P.R. n. 309/1990, dalle organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, dalle cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1 lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381 e dai loro consorzi.

Con la determinazione dirigenziale 1 febbraio 2002, n. 31 e relativa modifica 19 dicembre 2002, n. 438 è stata approvata la graduatoria finale dei progetti triennali di lotta alla droga ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 735 dell'8/6/2001 "Criteri per la formulazione della graduatoria finale per il finanziamento dei progetti di lotta alla droga - art. 11 - comma 1 - del Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1", in relazione al Fondo nazionale per il triennio 1997 - 1999, e sulla base della predetta graduatoria sono stati finanziati i progetti triennali di che trattasi.

Il competente Servizio Bilancio e Ragioneria - Ufficio Entrate, con nota n. A00_116/2402 del 19/2/2013, ha comunicato che in relazione ai finanziamenti dei predetti progetti risultano non regolarizzate ai pertinenti Capitoli del Bilancio regionale le sotto elencate reversali di incasso a seguito di restituzione di somme non adeguatamente rendicontate o non utilizzate da parte degli enti beneficiari dei finanziamenti:

Importo	Anno reversale	n. Reversale	ente
€ 1.575,63	2005	2.782 del 30/05/2005	Comune di Statte
€ 2.112,43	2007	2.079 del 06/04/2007	Comune di Statte
€ 1.209,43	2008	932 del 19/02/2008	Comune di Diso
€ 757,98	2008	11.529 del 13/01/2009	Associazione Comunità Emmanuel - Lecce
€ 3.906,50	2009	10.654 del 22/09/2009	Teseo Società Cooperativa a r.l. - Conversano
€ 4.547,56	2010	3.931 del 07/04/2010	Teseo Società Cooperativa a r.l. - Conversano
€ 4.227,03	2011	5.971 del 03/10/2011	Teseo Società Cooperativa a r.l. - Conversano

La somma complessiva riveniente dalle predette reversali d'incasso ammontante a € 18.336,56 è stata imputata provvisoriamente al Capitolo 6153300 "Somme riscosse in contro sospeso in attesa di definitiva imputazione".

Con il presente provvedimento si propone quindi di provvedere alla regolarizzazione contabile della predette reversali apportando la conseguente variazione al bilancio di previsione corrente, ai sensi dell'art. 72 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012

Copertura finanziaria ai sensi della legge regionale 16 novembre 2001, n. 28

La presente deliberazione comporta la regolarizzazione contabile delle reversali contabili sopra indicate per complessivi € 18.336,56 con la conseguente variazione, in termini di competenza e cassa, ai sensi dell'art. 72, co. 1 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 e bilancio pluriennale 2013-2016 della Regione Puglia", al bilancio di previsione corrente, come di seguito riportato:

A) PARTE I - ENTRATA

Variazione in aumento

Capitolo 2056170 "Assegnazioni statali a destinazione vincolata per il finanziamento di progetti per la lotta alla droga - art. 127 DPR 309/90"

Competenza	+ € 18.336,56
Cassa	+ € 18.336,56

B) PARTE II - SPESA

Variazione in aumento

U.P.B. spesa 5.1.2

Capitolo 783155 "Spesa per il finanziamento di progetti di lotta alla droga - art. 127 DPR 309/90"

Competenza	+ € 18.336,56
Cassa	+ € 18.336,56

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. k) 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 dalle Dirigenti del Servizio Politiche di benessere sociale e pari opportunità e Servizio Programmazione sociale ed integrazione sociosanitaria;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di prendere atto di quanto espresso in narrativa che qui si intende integralmente riportato;
- di provvedere alla regolarizzazione contabile delle reversali indicate in premessa per complessivi € 18.336,56 con la conseguente variazione, in termini di competenza e cassa, ai sensi dell'art. 72, co. 1 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 e bilancio pluriennale 2013-2016 della Regione Puglia", al bilancio di previsione corrente, come di seguito riportato:

C) PARTE I - ENTRATA

Variazione in aumento

Capitolo 2056170 "Assegnazioni statali a destinazione vincolata per il finanziamento di progetti per la lotta alla droga - art. 127 DPR 309/90"

Competenza	+ € 18.336,56
Cassa	+ € 18.336,56

D) PARTE II - SPESA

Variazione in aumento

U.P.B. spesa 5.1.2

Capitolo 783155 "Spesa per il finanziamento di progetti di lotta alla droga - art. 127 DPR 309/90"

Competenza	+ € 18.336,56
Cassa	+ € 18.336,56

- di incaricare il Segretariato della Giunta di inviare copia del presente atto all'Ufficio del Bollettino per la sua pubblicazione sul BURP ai sensi dell'art. 42, comma 7 della L.R. n. 28/2001.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 777

Preso d'atto dell'adesione della Regione Puglia al "Progetto sperimentale volto alla creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia" (S.I.N.S.E.). Variazione al bilancio di previsione 2013, ai sensi dell'art. 42 della l.r. n. 28/2001, per l'iscrizione del relativo finanziamento.

L'Assessore al Welfare, dott.ssa Elena Gentile, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Programmazione Sociale, così come confermata dalla dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE

- Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sulla base di quanto disposto dall'art. 21 della L. n. 328/2000 e di quanto richiesto dall'art. 3, co. 2, lett. b), del D.P.R. n. 103/2007, ha inteso implementare i lavori per la costruzione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia, con l'obiettivo principale di disporre di dati ed informazioni sulle prestazioni erogate dalle singole unità di offerta, pubbliche e private, presenti sul territorio in materia di servizi socio-educativi per la prima infanzia;
- Il Coordinamento Tecnico Interregionale presso la Commissione degli Assessori alle Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, nel corso della riunione del 9 novembre 2011, ha affidato alla Regione Emilia Romagna il coordinamento dei propri lavori per la realizzazione del "Progetto sperimentale volto alla creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia", denominato S.I.N.S.E.;
- In data 21.12.2011 è stato sottoscritto il Protocollo d'Intesa per la realizzazione del Progetto S.I.N.S.E tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Regione Emilia Romagna e l'Istituto Nazionale di Statistica;
- La Regione Puglia, in riscontro alla richiesta ministeriale di adesione all'iniziativa prot. n. 1727 del 20.04.2012, con nota della Dirigente del

Servizio Programmazione Sociale ed Integrazione Sociosanitaria prot. n. 2538 del 22.06.2012, ha manifestato l'interesse a partecipare al Progetto S.I.N.S.E., comunicando il nominativo della dott.ssa Costanza Moreo, dirigente dell'Ufficio Programmazione Sociale, quale referente regionale all'uopo incaricato;

- In data 12.09.2012 è stata sottoscritta la convenzione tra la Regione Emilia Romagna, rappresentata dal Responsabile del Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, dott. Gino Passarini, e la Regione Puglia, rappresentata dalla Dirigente del Servizio Programmazione Sociale ed Integrazione Sociosanitaria, dott.ssa Anna Maria Candela, anche al fine di riconoscere a ciascuna Regione aderente al Progetto quota parte del finanziamento complessivo dell'iniziativa, pari ad Euro 400.000,00. In particolare, sono state assegnate alla Regione Puglia risorse complessive per Euro 18.500,00.

CONSIDERATO CHE:

- Per la realizzazione del Progetto S.I.N.S.E., la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto, con deliberazione di Giunta n. 1218 del 6.08.2012 e sulla base del criterio di ripartizione delle quote regionali approvato dal Comitato di Coordinamento nel corso della riunione del 27.06.2012, alla Regione Puglia il contributo finanziario complessivo di Euro 18.500,00, da erogare, ai sensi dell'art. 4 della Convenzione, con una prima quota del 40% alla sottoscrizione della convenzione, una seconda quota del 40% alla scadenza del primo anno di attività del Progetto ed una terza quota del 20% alla conclusione delle attività progettuali, previa presentazione della relazione tecnica finale e della rendicontazione analitica delle spese complessivamente sostenute;
- La Regione Emilia Romagna ha già provveduto alla erogazione della prima quota di finanziamento, pari ad Euro 7.400,00, così come comunicato dal Servizio Bilancio e Ragioneria con nota prot. n. AOO_116/414 del 15 gennaio 2013, con reversale di incasso n. 12348/12, imputata al capitolo 6153300/12, "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione";
- Per il corretto accreditamento della somma sopra citata occorre istituire un nuovo capitolo in parte entrata e in parte spesa del Bilancio regionale;

Si propone, pertanto, di apportare, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e s.m.i., in termini di competenza e cassa, la seguente variazione al Bilancio di previsione per l'Anno 2013, approvato con legge regionale 28 dicembre 2012, n. 46, per un importo complessivo di **Euro 18.500,00** corrispondente al contributo finanziario della Regione Emilia Romagna, per conto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per la realizzazione del Progetto "S.I.N.S.E.", mediante l'istituzione di un Capitolo di nuova istituzione (C.N.I.) in parte entrata, con la seguente denominazione "Contributo finanziario per il Progetto S.I.N.S.E. di cui alla Convenzione Regione Emilia Romagna - Regione Puglia" e mediante l'istituzione di un C.N.I. in parte spesa, con la seguente denominazione "Spese correnti dirette per la realizzazione del progetto S.I.N.S.E.- Convenzione con Regione Emilia Romagna", come di seguito indicato:

PARTE ENTRATA	PARTE SPESA
UPB 2.1.24	UPB 5.2.1
Cap. C.N.I. 2056179	Cap. C.N.I. 785140
+ € 18.500,00	+ € 18.500,00

Si rinvia a successivi atti della dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria per i necessari provvedimenti di impegno e di spesa, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica per l'anno 2013.

Copertura Finanziaria di cui alla legge regionale n. 28/2001 e smi

Viene apportata, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e s.m.i., in termini di competenza e cassa, la seguente variazione al Bilancio di previsione per l'Anno 2013, approvato con legge regionale 28 dicembre 2012, n. 46, per un importo complessivo di Euro 18.500,00:

PARTE ENTRATA	PARTE SPESA
UPB 2.1.24	UPB 5.2.1
Cap. C.N.I. 2056179	Cap. C.N.I. 785140
+ € 18.500,00	+ € 18.500,00

Ai successivi provvedimenti di impegno delle somme da utilizzare per gli obiettivi specificati in narrativa, si provvederà con successivi atti del com-

petente Servizio, nel rispetto dei vincoli di spesa connessi al rispetto del patto di stabilità interno.

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

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

1. di fare proprie le motivazioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate;
2. di **prendere atto** dell'adesione della Regione Puglia al "Progetto sperimentale volto alla creazione e implementazione di un sistema informativo nazionale sui servizi socio-educativi per la prima infanzia" - S.I.N.S.E.;
3. di **approvare** l'iscrizione della somma complessiva di € 18.500,00 e la conseguente variazione al Bilancio di Previsione per l'anno 2013, così come descritta nella sezione "Adempimenti contabili" del presente provvedimento, che qui si intende integralmente riportata;
4. di **demandare** alla Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria i provvedimenti di impegno della spesa prevista e ogni altro adempimento attuativo;
5. Di **inviare** il presente provvedimento al Consiglio Regionale per quanto di competenza L.R. 28/01;

6. di pubblicare il presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 778

PO FESR 2007-2013. Reg. Reg.le n. 9/08 e s.m.i. - Titolo VI “Aiuti ai programmi di investimento promossi da grandi imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali” DGR n. 2153/08. DGR n. 823 del 06 maggio 2011. Delibera di non ammissibilità della proposta alla fase di presentazione del progetto definitivo dell’istanza presentata dall’impresa. Soggetto proponente: Taranto Container Terminal s.p.a.

La Vice Presidente Assessore allo Sviluppo Economico, sulla base della relazione istruttoria espletata dall’Ufficio Attrazione Investimenti e confermata dal Dirigente del Servizio Competitività, riferisce quanto segue:

Visti:

- il PO 2007-2013 FESR della Regione Puglia, come approvato dalla Commissione Europea con C (2007) 5726 del 20.11.2007;
- la DGR n. 146 del 12.02.2008 con la quale la Giunta Regionale ha preso atto di detta decisione comunitaria (B.U.R.P. n. 31 del 26.02.08);
- la DGR n. 2941 del 29.12.2011 con la quale la Giunta Regionale ha approvato il nuovo PO FESR 2007-2013 della Regione Puglia come approvato dalla Commissione Europea con Decisione C(2011)9029 del 1 dicembre 2011 (BURP n. 7 del 16.01.2012);
- la Legge Regionale n. 10 del 20.06.2004, recante “Disciplina dei regimi regionali di aiuto” e successive modificazioni e integrazioni;
- il Regolamento n. 9 del 26.06.2008 recante la disciplina dei Regimi di Aiuto regionali in esenzione (B.U.R.P. n. 103 del 30.06.2008), modificato dal Regolamento n. 1 del 19.01.2009 (B.U.R.P. n. 13 suppl. del 22.01.2009), dal Rego-

lamento n. 19 del 10 agosto 2009 (B.U.R.P. n. 123 suppl. del 11.08.2009), dal Regolamento n. 4 del 24/03/2011 (BURP n. 44 del 28/03/2011) e dal Regolamento n. 5 del 20/02/2012 (BURP n. 29 del 24/02/2012);

- il Titolo VI del citato Regolamento, denominato “Aiuti ai programmi di investimento promossi da Grandi Imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali”;

Visto altresì:

- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 886 del 24.09.2008 con cui è stato emanato l’Atto di Organizzazione per l’Attuazione del PO FESR 2007-13;
- la Delibera di Giunta Regionale n. 1849 del 30.09.2008 con la quale sono stati nominati l’Autorità di Gestione del PO FESR 2007-2013, nonché i Responsabili degli Assi in cui si articola;
- la DGR n. 185 del 17/02/09 con la quale sono stati nominati i Responsabili di Linea, modificata dalla Delibera di Giunta regionale n. 2157 del 17/11/2009;
- il D.P.G.R. 22 febbraio 2008, n. 161 con cui è stato adottato l’atto di alta Organizzazione della Presidenza e della Giunta della Regione Puglia che ha provveduto a ridefinire le strutture amministrative susseguenti al processo riorganizzativo “Gaia”, - Aree di Coordinamento - Servizi - Uffici;
- la D.G.R. n. 165 del 17.02.09 con cui la Giunta Regionale ha approvato le “Direttive concernenti le procedure di gestione del PO FESR 2007-2013” (BURP n. 34 del 04.03.09);
- la D.G.R. del 19 maggio 2011, n. 1112 con la quale sono stati individuati i nuovi Servizi relativi alle Aree di Coordinamento e nella fattispecie per l’Area Sviluppo economico, il lavoro, l’innovazione, è stato previsto tra gli altri, il Servizio Ricerca e Competitività, modificato dalla D.G.R. n. 3044 del 29 dicembre 2011 di ulteriore razionalizzazione organizzativa, con cui con cui è stato, tra l’altro, ridenominato il “Servizio Ricerca e Competitività” in “Servizio Competitività” ed il “Servizio Innovazione” in “Servizio Ricerca Industriale e Innovazione”;
- il D.P.G.R. del 17 giugno 2011 n. 675 con cui sono stati istituiti i Servizi ricadenti nelle otto aree di coordinamento della Presidenza e della

- Giunta della Regione Puglia, modificato dal D.P.G.R. del 2 gennaio 2012 n. 1 di razionalizzazione organizzativa dell'Area di Coordinamento Politiche per lo Sviluppo Economico, il lavoro e l'innovazione;
- l'A.D. n. 36 del 21.12.2011 del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione con la quale sono stati istituiti gli uffici dell'Area Politiche per lo sviluppo economico, il lavoro e l'innovazione e conferito, senza soluzione di continuità con i precedenti incarichi, la responsabilità di direzione degli stessi Uffici;
 - La nota del Direttore di Area prot. AOO_002_3 del 10 gennaio 2012 con il quale sono stati ricollocati, tra l'altro, gli Uffici nei Servizi ridenominati ai sensi del D.P.G.R. n.1/2012;
 - la D.G.R. n. 2424 del 08.11.2011 di adeguamento degli incarichi dei Responsabili delle Linee di intervento del PO FESR 2007-2013 per l'attuazione del Programma definito con D.G.R. n. 185/2009 e s.m.i. (B.U.R.P. n.183 del 23.11.2011);
 - la D.G.R. n. 98 del 23.01.2012 avente come oggetto: "P.O. FESR 207/2013. Modifica deliberazione n.2424 dell'8 novembre 2011. Adeguamento ai sensi del DPGR n.1 del 2 gennaio 2012 degli incarichi di Responsabile di Linea di Intervento del P.O. FESR 207/2013";
 - il provvedimento prot. AOO_002_- 0000468 del 6 settembre 2012 con la quale è stato conferito l'incarico di dirigente dell'Ufficio Attrazione Investimenti;
 - l'A.D. del Direttore di Area n. 36 del 21.12.2011 con la quale è stato conferito l'incarico di dirigente dell'Ufficio Ricerca Industriale e Innovazione;
 - l'A.D. del Dirigente Servizio Ricerca e Competitività n. 31 del 26.01.2010 con la quale è stato nominato il Responsabile dell'azione 6.1.1, Asse VI, Linea 6.1;
 - l'A.D. del Dirigente Servizio Ricerca e Competitività n. 36 del 26.01.2010 con la quale è stato nominato il Responsabile dell'azione 1.1.1, Asse I, Linea 1.1;
 - la D.G.R. n. 2153 del 14/11/2008 con la quale la Giunta Regionale ha approvato, tra l'altro, lo schema di Avviso per l'erogazione di "Aiuti ai programmi di investimento promossi da Grandi Imprese da concedere attraverso Contratti di Pro-

gramma Regionali" e individuato Puglia Sviluppo SpA (già Sviluppo Italia SpA) quale Organismo Intermedio per l'attuazione dello strumento ai sensi dell'art.1, comma 5 del Regolamento 1/2009 e dell'art.6 del DPGR n.

886/2008;

- l'Avviso Pubblico per la presentazione delle istanze di accesso ai sensi dell'articolo 52 del Regolamento adottato con Determinazione del Dirigente Settore Artigianato PMI e Internazionalizzazione n. 590 del 26 novembre 2008 e pubblicato sul B.U.R.P. della Regione Puglia n. 191 del 10 dicembre 2008, modificato con Determinazione n. 612 del 05.10.2009, Determinazione n. 1511 del 13.09.2011 e con Determinazione n. 124 del 31.01.2012;
- l'istanza di accesso presentata dall'impresa proponente TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A. in data 23/07/2012, acquisita agli atti regionali con prot. AOO_158 - 0006309 del 26/07/2012;

la comunicazione di Puglia Sviluppo del 11/01/2013, prot. 221/BA, trasmessa al soggetto proponente TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A., ai sensi e per gli effetti ex art. 10 bis L. 241/90 e succ. mod.

la relazione istruttoria predisposta dalla società Puglia Sviluppo S.p.A. del 6. febbraio 2013 prot.n.898/BA, acquisita agli atti del Servizio in data 07.02.2013 prot. AOO_158 - 0001021, allegata alla presente per farne parte integrante, conclusasi con esito negativo in merito all'ammissibilità dell'istanza in quanto:

- la valutazione del Criterio di selezione 1 - "Affidabilità del soggetto proponente sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico" determina, sulla base dei dati contabili riferiti ai bilanci degli esercizi al 31 dicembre 2010 al 31 dicembre 2011, la classe di merito 3 sia per gli "Aspetti patrimoniali e finanziari" che per gli "Aspetti economici". Conseguentemente, pertanto, una valutazione NEGATIVA della società proponente rispetto al Criterio di selezione 1;
- la valutazione del Criterio di selezione 2 - "Coerenza tra dimensione del beneficiario e dimensione del progetto" determina un punteggio pari a 3 (inferiore al minimo di 4) risultando, pertanto, NEGATIVA.

Gli esiti negativi dei Criteri 1 e 2, comportano l'esclusione dell'istanza, così come previsto dalle "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito TITOLO VI del Regolamento Generale dei Regimi di aiuto in esenzione" allegate all'Avviso CdP."

Tutto ciò premesso, si propone di adottare il provvedimento di non ammissibilità della proposta inoltrata dall'impresa proponente TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A., - P. IVA 01247560491, sede legale in Livorno (LI), Scali Cerere 9 - alla fase successiva di presentazione del progetto definitivo.

Copertura Finanziaria di cui alla legge regionale n. 28/2001 e smi

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'art. 4 - comma 4 - lettere D/K della L.R. n. 7/97.

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 del Vicepresidente Assessore alla Sviluppo Economico;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile dell'azione 6.1.1, dal Dirigente dell'Ufficio Attrazione Investimenti e l Dirigente del Servizio Competitività, che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- Di prendere atto della relazione istruttoria predisposta dalla Società Puglia Sviluppo S.p.A. del 6 febbraio 2013 prot.n.898/BA., acquisita agli atti del Servizio in data 07.02.2013 prot. AOO_158 - 0001021 conclusasi con esito negativo e allegata al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato A);
- di non ammettere l'impresa proponente TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A., - P. IVA 01247560491, sede legale in Livorno (LI), Scali Cerere 9, alla fase di presentazione del progetto definitivo;
- Di notificare il presente provvedimento all'impresa proponente TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A. a cura del Servizio proponente;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

Regolamento generale dei regimi di aiuto in esenzione n. 9 del 26/06/08 e s.m.i. – Titolo VI "Aiuti ai programmi di investimento promossi da Grandi Imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali"

RELAZIONE ISTRUTTORIA

Protocollo regionale progetto: AOO_158 - 0006309 del 26/07/2012

Protocollo istruttorio: n. 57

Impresa proponente: TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A.

Informazioni preliminari sul soggetto proponente e sul programma di investimento proposto:

L'impresa "Taranto Container Terminal S.p.A.", costituita con atto del 04 febbraio 1998, svolge dal 02 marzo 1998 attività di "pianificazione, progettazione, realizzazione di strutture di collegamento, di transito, stazionamento e stoccaggio relativo al trasporto di merci".

La società ha sede legale in Livorno, Scali Cerere n. 9, ed opera nelle seguenti 2 sedi secondarie:

Sedi secondarie	Inizio attività	Attività esercitata
ROMA – Piazza Colonna n. 13	01 maggio 2002	Rappresentanza
TARANTO – Molo Polisetoriale – Porto Mercantile	07 dicembre 1998	Pianificazione, progettazione, realizzazione e/o gestione di porti interporti, imprese terminalistiche, gestione opere, attività e servizi relativi all'esercizio del bacino portuale di Taranto in regime di concessione demaniale
	24 marzo 2005	Tenuta libri sociali e contabili, svolgimento di tutte le funzioni amministrative

L'attuale Capitale Sociale i.v.(da certificato CCIAA di Taranto del 26 gennaio 2012) ammonta ad € 1.280.000,00 ed è suddiviso in n. 128.000 azioni del valore nominale unitario di € 10,00. Il Presidente del C.d.A. è il sig. Cheng Chun Fun Clemence nominato con atto del 01 dicembre 2010.

Sulla base di quanto riportato nella Nota Integrativa al Bilancio 2011 la compagine societaria risulta suddivisa come segue:

Azionista	Quota di partecipazione	N. azioni	Quota Nominale
HUTCHISON PORTS TARANTO B.V.	50%	64.000	€ 640.000,00
LUANTA ESTATE B.V.	40%	51.200	€ 521.000,00
GSI Logistic S.p.A.	10%	12.800	€ 128.000,00
TOTALE	100%	128.000	€ 1.280.000,00

Come si evince dalla Relazione sulla gestione al 31 dicembre 2011, "Taranto Container Terminal S.p.A." e gli azionisti della società hanno stipulato il 26 aprile 2012 un Accordo con

l'Autorità Portuale di Taranto e con le competenti amministrazioni pubbliche italiane per lo sviluppo congiunto del *Terminal*. In particolare, il suddetto Accordo "per lo sviluppo dei traffici containerizzati nel porto di Taranto e il superamento dello stato di emergenza socioeconomico ed ambientale" richiede investimenti da parte della società, degli azionisti, della Linea Evergreen, dell'Autorità Portuale di Taranto e delle Autorità Governative per il ripristino della banchina, l'estensione della diga foranea di protezione e l'ammodernamento delle attrezzature. Si evidenzia che l'azienda ha fornito la copia del summenzionato Accordo dal quale si desume che in tale contesto la "Taranto Container Terminal S.p.A." si è impegnata, con obbligazione solidale dei soci e previo accordo con l'Autorità Portuale di Taranto, a curare a proprie spese, la progettazione e la direzione dei lavori delle seguenti opere connesse al piano di rilancio del terminal container:

- a) riconfigurazione ai fini dell'adeguamento dei primi 1800 mtl della banchina del Molo Polisettoriale;
- b) prolungamento della diga foranea di protezione, come da Piano Regolatore Portuale adottato con esclusione della direzione lavori di cui si farà carico l'Autorità Portuale;
- c) riqualificazione delle aree e dei piazzali retrostanti, successivamente alla consegna delle stesse (attualmente occupate da altra società) da parte dell'A.P. in conformità a quanto già destinato nell'Atto di Concessione.

Descrizione sintetica del progetto e del programma di investimento

Il progetto proposto da "Taranto Container Terminal S.p.A." riguarda esclusivamente investimenti in "attivi materiali" ed è finalizzato all'adeguamento infrastrutturale nonché all'acquisto di attrezzature e macchinari.

L'investimento sarà realizzato nella sede esistente in Taranto presso il Porto di Taranto - Molo Polisettoriale - SS 106.

Sulla base di quanto riportato nel progetto di massima, l'investimento è finalizzato alla ristrutturazione del terminal coerentemente con gli obiettivi di rilancio della competitività dello scalo delineati nel citato "Accordo per lo sviluppo dei traffici containerizzati nel porto di Taranto e il superamento dello stato di emergenza socioeconomico ed ambientale" sottoscritto il 26 aprile 2012.

Descrizione investimenti proposti in "attivi materiali" - "Taranto Container Terminal S.p.A."		
Tipologia di spesa	Descrizione	Ammontare (€)
Opere murarie ed assimilate		2.125.000,00
Capannoni e fabbricati industriali	Manutenzione straordinaria della struttura prefabbricata " Palazzina Manutenzione " (impermeabilizzazione coperture, ripristino murature ed interventi sul quadro fessurativo esistente, manutenzione straordinaria servizi igienici, pitturazione e ripristino di intonaco)	200.000,00
Fabbricati civili per uffici e servizi	Manutenzione straordinaria struttura prefabbricata n. 3 Palazzine: <ol style="list-style-type: none"> 1. "Palazzina Uffici" (impermeabilizzazione copertura, pitturazione e ripristino di intonaco); 2. "Palazzina Spogliatoi" (impermeabilizzazione copertura, manutenzione straordinaria servizi igienici e relativi locali spogliatoi, pitturazione e ripristino di intonaco); 3. "Palazzina servizi" (impermeabilizzazione copertura, manutenzione straordinaria servizi igienici, pitturazione e ripristino intonaco) 	350.000,00
Totale capannone e fabbricati		550.000,00
Impianti generali	Impianti idrici a servizio dei servizi igienici oggetto di manutenzione	150.000,00
	Impianto fognario (sistemazione rete di captazione acque meteoriche, eliminazione dei punti di scarico diretti a mare)	200.000,00

	Impianto di trattamento acque meteoriche	800.000,00
	Impianto di videosorveglianza piazzali e banchina	25.000,00
Totale Impianti generali		<u>1.175.000,00</u>
Infrastrutture specifiche aziendali	Strade, piazzali e recinzioni (<i>manutenzione piazzali, aree di stoccaggio e strade, integrazione recinzione</i>)	400.000,00
Totale infrastrutture specifiche aziendali		<u>400.000,00</u>
Attrezzature, Macchinari ed altro		40.394.000,00
Macchinari	n. 4 Gru di banchina STS 24 file, portata 50 ton	29.040.000,00
	n. 2 Gru su rotaia di piazzale RMGC 2+10+2 file portata 40 ton	5.680.000,00
Hardware	n. 1 sistema Blade per piattaforma SAPE	70.000,00
	n. 1 centrale telefonica	150.000,00
Attrezzature	n. 06 Twin Spreader per Gru di banchina (STS)	960.000,00
	n. 04 Spreader per Gru di piazzale (RMGC)	260.000,00
	n. 02 attrezzatura per sollevamento merci fuori sagoma (OOG Equipment)	150.000,00
	n. 02 gabbie di sicurezza per trasporto uomini in altezza	80.000,00
Mezzi mobili non targati	n. 20 motrici trattori portuali	1.540.000,00
	n. 20 rimorchi trattori portuali (<i>Chassis</i>)	434.000,00
	n. 02 Reach Stacker	900.000,00
	n. 02 Side Loader	500.000,00
	n. 05 Fork Lift	150.000,00
Impianti specifici	n. 05 rimorchi trattori portuali ribassati (<i>Low Bed Chassis</i>)	100.000,00
	Sistema gestione magazzino tramite codice a barre	20.000,00
	Terminali radio per data entry movimentazione container	160.000,00
Programmi Informatici	Personal computer	100.000,00
	Aggiornamento piattaforma SAP da release 4.6 c a release 7.0	100.000,00
TOTALE INVESTIMENTI		42.519.000,00

Come previsto nell' "Accordo per lo sviluppo dei traffici containerizzati nel porto di Taranto e il superamento dello stato di emergenza socioeconomica ed ambientale" sottoscritto il 26 aprile 2012, il soggetto proponente ha elencato le seguenti "Infrastrutture pubbliche" connesse all'iniziativa:

Infrastrutture pubbliche connesse all'iniziativa	
Tipologia di spesa	Ammontare (€)
Nuova diga foranea di protezione del porto fuori rada	15.400.000,00
Dragaggi in area Molo Polisettoriale 2.300.000 mc di sedimenti+cassa di colmata ad Ovest del 5 sporgente	79.468.320,00
Riconfigurazione dei primi 900 mtl di banchina per consentire i dragaggi fino a 16.50 m	51.000.000,00
Riqualificazione ed ammodernamento della banchina dei piazzali in radice Molo Polisettoriale	23.500.000,00
TOTALE	€ 169.368.320,00

Nel progetto di massima l'impresa specifica che l'incremento della capacità produttiva a seguito della realizzazione dell'investimento oggetto di agevolazione con il presente Contratto di Programma, è legato al completamento delle opere infrastrutturali previste nel summenzionato "Accordo".

Determinazione delle agevolazioni

Il progetto industriale proposto da "Taranto Container Terminal S.p.A." riguarda investimenti in "attivi materiali" per un ammontare complessivo di € 42.519.000,00.

Sintesi investimenti " Taranto Container Terminal S.p.A."			Agevolazioni richieste (€)	Agevolazioni calcolate ex art. 51 del Regolamento (€)	Agevolazioni concedibili (€)
Tipologia spesa	Investimento proposto (€)	Investimento Ammissibile (€)			
Opere murarie e assimilate	2.125.000,00	2.125.000,00	12.369.450,00	318.750,00	12.369.450,00
Macchinari, Impianti, Attrezzature ed altro	40.394.000,00	40.394.000,00		12.188.200,00	
TOTALE investimenti in attivi materiali	42.519.000,00	42.519.000,00	12.369.450,00	12.436.950,00	12.369.450,00

Per la determinazione delle agevolazioni concedibili relative agli investimenti in attivi materiali, sono stati rispettati i parametri previsti dall'art. 51 del Regolamento n. 9/2008 e s.m.i. per le Grandi Imprese:

- le agevolazioni relative alle spese, per opere murarie e assimilate, di cui all'art. 50, comma 2, lettera b), sono previste nel limite del 15%;
- le agevolazioni relative alle spese, per attrezzature, macchinari e impianti, di cui all'art. 50, comma 2, lettera d) sono previste nel limite del 30%.

Alla luce di quanto sopra riportato, il progetto industriale proposto da "Taranto Container Terminal S.p.A." riguarda investimenti per un ammontare complessivo di € 42.519.000,00 ritenuto interamente ammissibile.

Si rileva che le agevolazioni richieste dalla società proponente, per un ammontare complessivo di € 12.369.450,00, sono di importo inferiore a quelle concedibili ai sensi dell'art. 51 del Regolamento n. 9/2008 e s.m.i. (€ 12.406.950,00). Pertanto, le agevolazioni concedibili ammontano ad € 12.369.450,00.

Relativamente all'effetto di incentivazione degli aiuti di cui al Contratto di Programma, il soggetto proponente ha evidenziato che senza le agevolazioni il programma di investimento non sarebbe stato realizzato o sarebbe stato notevolmente ridimensionato.

Verifica di esaminabilità:***Contratti di Programma
Punto 5.4 della procedura operativa*****a) Modalità di trasmissione della domanda**

La domanda è stata trasmessa a mezzo raccomandata A.R. in data 23 luglio 2012, alle ore 16:13, quindi nei limiti temporali definiti dalla normativa di riferimento; per la redazione della domanda è stato utilizzato il modulo B allegato all'Avviso, nella forma prevista dal D.P.R. 445/00.

Le sezioni del business plan si presentano interamente compilate e non risulta evidente la mancanza delle informazioni necessarie per poter avviare le verifiche successive.

1a. Completezza della documentazione inviata

L'impresa "Taranto Container Terminal S.p.A." ha presentato l'istanza di accesso allegando la seguente documentazione:

- copia del passaporto in corso di validità del sig. Coupland Bruce John (Procuratore Speciale della "Taranto Container Terminal S.p.A.");
- copia dell'Atto Costitutivo del 04 febbraio 1998 (Repertorio n. 39118 - Raccolta n. 1154) e dello Statuto della "Taranto Container Terminal S.p.A.";
- copia della Procura Speciale del 12 aprile 2010 (Repertorio n. 220365, Fascicolo n. 16201 a rogito del dott. Riccardo Frasca - Notaio in Taranto) di revoca di procura e nuovo conferimento di poteri al sig. Bruce John Coupland;
- stampa on line del certificato camerale con "vigenza" e "nulla osta antimafia" rilasciato, in data 26 gennaio 2012, dalla CCIAA di Taranto;
- copia dell' "Accordo per lo sviluppo dei traffici containerizzati nel porto di Taranto e il superamento dello stato di emergenza socio economico ambientale" unitamente all'Allegato A) sottoscritto il 26 aprile 2012;
- bilanci degli ultimi due esercizi (31 dicembre 2010 e 31 dicembre 2011) unitamente alle relazioni del Collegio Sindacale e della Società di Revisione;
- D.S.A.N. (non resa ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000) sottoscritta in data 11 luglio 2012, dal sig. Bruce John Coupland (Procuratore Speciale della "Taranto Terminal Container S.p.A."), attestante la dimensione di Grande Impresa della "Taranto Terminal Container S.p.A.";
- diagramma di GANTT dell'iniziativa;
- progetto di massima (Allegato D);
- Relazione attestante la coerenza tecnica ed industriale di tutti gli investimenti previsti nel Contratto di Programma.

Tutta la documentazione è stata trasmessa anche su supporto informatico in formato PDF.

Verifica del potere di firma:

La domanda di accesso - Allegato B - è sottoscritta dal sig. Bruce John Coupland, soggetto con potere di firma giusta Procura Speciale del 12 aprile 2010 (Repertorio n. 220365, Fascicolo n. 16201 a rogito del dott. Riccardo Frasca - Notaio in Taranto).

Dalla summenzionata Procura Speciale si evince il conferimento dei poteri di Direttore Generale al sig. Bruce John Coupland da parte del Consigliere di Amministrazione sig. Chen Ching Yih.

Conclusioni

La domanda è esaminabile.

Verifica di accoglibilità:**Contratti di Programma
Punto 5.5 della procedura operativa****✓ Requisito dimensionale:**

In merito al requisito dimensionale di Grande Impresa di "Taranto Container Terminal S.p.A." si conferma quanto dichiarato con D.S.A.N. dell'11 luglio 2012.

Di seguito si riportano i dati rinvenuti dai bilanci al 31 dicembre 2010 e al 31 dicembre 2011:

"Taranto Container Terminal S.p.A."	Esercizio 2010	Esercizio 2011
Occupati (occupazione media)	n. 563	n. 561 ¹
Fatturato	€ 22.995.039,00	€ 26.680.381,00
Totale di bilancio	€ 90.678.095,00	€ 86.553.099,00

Alla luce di quanto sopra rilevato "Taranto Container Terminal S.p.A." presenta il requisito dimensionale di **Grande impresa** (art. 5 Avviso CdP).

Coerentemente con quanto prescritto dall'art. 48 punto 6 del Regolamento, il progetto è relativo ad una sola Grande Impresa.

2. Oggetto dell'iniziativa:

- Codice ATECO indicato dal proponente: 52.24.20 "Movimento merci relativo a trasporti marittimi e fluviali";
- Codice ATECO attribuito dal valutatore: 52.24.20 "Movimento merci relativo a trasporti marittimi e fluviali".

L'investimento è previsto in uno dei settori ammissibili (art. 4 Avviso CdP e s.m.i.).

3. Sede dell'iniziativa

L'investimento proposto in "attivi materiali" sarà realizzato nell'unità produttiva esistente ubicata nel territorio della regione Puglia (art. 5 Regolamento): TARANTO – Molo Polisettoriale – Porto Mercantile- S.S. 106.

4. Investimento

L'investimento proposto in "attivi materiali" genera un progetto industriale di importo compreso tra i 10 milioni e 50 milioni di euro e precisamente un investimento ammissibile pari ad € 42.519.000,00.

Conclusioni

La domanda è accoglibile.

¹ Si evidenzia che il numero di ULA dichiarate nella D.S.A.N. dell'11 luglio 2012 è di 552.

Verifica di ammissibilità (esame di merito)

Punto 5.6 della procedura operativa

5.6.1 - Esame preliminare di merito della domanda

"Taranto Container Terminal S.p.A." ha presentato un progetto industriale per complessivi € 42.519.000,00 richiedendo agevolazioni per € 12.369.450,00.

5.6.2 - Eventuale fase di interlocuzione con il soggetto proponente:

Non si ritiene necessario attivare la fase di interlocuzione.

5.6.3 - Verifica di ammissibilità del progetto di massima:

1. Impatto del progetto con riferimento allo sviluppo economico ed occupazionale nei territori di riferimento:

Sulla base di quanto riportato nel progetto di massima, la realizzazione del programma di investimento prevede il mantenimento dell'occupazione presente alla data dei 12 mesi precedenti la domanda.

"Taranto Container Terminal S.p.A." ha evidenziato che attualmente l'unico segmento operativo appaltato all'esterno è il servizio *shuttle* della movimentazione dei contenitori dalle navi alle aree di stoccaggio dei piazzali.

2. Tempistica di realizzazione del progetto:

La tempistica di realizzazione degli investimenti previsti prevede quale data di ultimazione il 31 dicembre 2014.

Si evidenzia che il diagramma Gantt prodotto contempla, oltre alla tempistica del programma di investimento proposto, anche la tempistica relativa alle "Opere infrastrutturali" che l'impresa prevede di ultimare nell'ottobre 2015.

3. Cantierabilità:

L'intervento proposto sarà realizzato nel Porto di Taranto – Molo Polisettoriale – S.S. 106 (sede già attiva della Taranto Container Terminal S.p.A.) nella disponibilità del soggetto proponente con concessione demaniale marittima sessantennale.

Come si evince dal progetto di massima, lo strumento urbanistico adottato è il Piano Regolatore Portuale; l'Ente gestore è l'Autorità Portuale di Taranto.

Di seguito si riportano le procedure tecnico - amministrative indicate dal soggetto proponente:

Fasi	Tipologia procedura	Soggetto preposto
Riquilibratura banchina con nuove vie di corsa per le 4 gru di banchina da 24 file in grado di supportare i carichi indotti dal nuovo <i>equipment</i>	a) Progettazione definitiva; b) Approvazione Ministero delle Infrastrutture; c) Approvazione Ministero dell'Ambiente; d) Validazione del progetto definitivo; e) Procedura di gara di affidamento lavori con appalto integrato; f) Esecuzione delle opere; g) Collaudi	Progettazione definitiva commissionata da TCT ad una società di ingegneria. La validazione del progetto e la procedura di gara sono a carico dell'Autorità Portuale di Taranto.
Sistemazione rete di captazione acque meteoriche, eliminazione dei punti di scarico diretti a mare e impianto di trattamento acque meteoriche	Richiesta di autorizzazione allo scarico	Provincia di Taranto
Manutenzione straordinaria struttura prefabbricata Palazzina Manutenzione, Palazzina Uffici, Palazzina spogliatoi, palazzina servizi	Comunicazione Inizio Attività (CIA)	- Comune di Taranto; - Autorità Portuale di Taranto
Installazione ed avviamento/ <i>Commissioning</i> delle nuove attrezzature di ultima generazione per la movimentazione in banchina e in piazzale dei containers, gru di banchina e gru di piazzale	Denuncia messa in servizio attrezzature di sollevamento	ARPA

In merito alla cantierabilità dell'iniziativa, si evidenzia che il programma di investimento proposto Taranto Container Terminal S.p.A. è strettamente connesso al rilancio dello scalo jonico attraverso "Opere infrastrutturali" da realizzare mediante "l'Accordo per lo sviluppo dei traffici containerizzati nel porto di Taranto ed il superamento dello stato di emergenza socio economico ambientale". In dettaglio:

1. Intervento di messa in sicurezza e bonifica della falda in area Yard Belleli (interventi funzionali alla realizzazione della cassa di colmata);
2. Dragaggio dei fondali del canale (nel bacino di evoluzione a - 16.50 m, come da previsione del PRP adottato) per le grandi navi di ultima generazione;
3. Realizzazione di una cassa di colmata, di ampliamento del V sporgente, per il refluito dei sedimenti dragati così come previsto dal PRP adottato;
4. Adeguamento/consolidamento della banchina di ormeggio ai nuovi fondali che permetterà al soggetto proponente di installare nuove gru di banchina per movimentare le navi ed aumentare i volumi di contenitori;
5. Prolungamento della diga forane di protezione come da PRP adottato;
6. Consegna da parte dell'Autorità Portuale del piano degli investimenti del rimanente tratto di banchina previa riqualificazione delle aree dei piazzali retrostanti, conformemente a quanto destinato a container nell'atto di concessione.

Il soggetto proponente "Taranto Container Terminal S.p.A." ha indicato, tra gli "ulteriori fabbisogni strutturali", la "Piastra logistica" e il "Distripark" per dare valore aggiunto all'impianto portuale e, quindi, manipolare e distribuire merci in contenitori.

4. Copertura finanziaria:

Il piano di copertura finanziaria proposto da "Taranto Container Terminal S.p.A.", appare sostenibile in quanto prevede la copertura dell'investimento al netto dell'agevolazione, mediante "Finanziamenti a m/l termine" (€ 30.149.550,00).

Piano finanziario per la copertura degli investimenti "Taranto Container Terminal S.p.A."				
Fabbisogno	Anno avvio	Anno 2°	Anno3°	Totale
Opere murarie ed assimilate	€ 310.000,00	€ 985.000,00	€ 830.000,00	€ 2.125.000,00
Attrezzature, macchinari e altro	€ 135.000,00	€ 11.207.000,00	€ 29.052.000,00	€ 40.394.000,00
Totale complessivo fabbisogni	€ 445.000,00	€ 12.192.000,00	€ 29.882.000,00	€ 42.519.000,00
Fonti di copertura	Anno avvio	Anno 2°	Anno3°	Totale
Finanziamenti a m/l termine	€ 301.495,50	€ 8.743.369,50	€ 21.104.685,00	€ 30.149.550,00
Agevolazioni	€ 129.495,00	€ 3.547.872,00	€ 8.692.083,00	€ 12.369.450,00
Totale fonti	€ 430.990,50	€ 12.291.241,50	€ 29.796.768,00	€ 42.519.000,00
Agevolazioni richieste/concedibili € 12.369.450,00				

Sulla base del documento "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito del Titolo VI del regolamento generale dei regimi di aiuto in esenzione", si è provveduto all'applicazione dei criteri di selezione. Pertanto si evidenziano i seguenti aspetti:

Criterio di selezione 1

Criterio di selezione 1 – Affidabilità del soggetto proponente sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico

Aspetti qualitativi

La "Relazione attestante la coerenza tecnica ed industriale degli investimenti" evidenzia che, conformemente agli artt. 16 e 18 della Legge 84/1994, l'impresa Taranto Container Terminal S.p.A. svolge, dal 07 dicembre 1998, l'attività terminalistica nel Porto di Taranto con concessione demaniale sessantennale del Molo Polisettoriale.

Si ritiene, pertanto, che l'impresa disponga della specifica esperienza in relazione al settore oggetto del programma di investimento proposto.

Aspetti patrimoniali e finanziari

Come previsto dal documento "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito del Titolo VI del regolamento generale dei regimi di aiuto in esenzione", è stata effettuata una valutazione negli aspetti patrimoniali e finanziari riferiti al soggetto proponente "Taranto Container Terminal S.p.A.".

Sulla base dei dati contabili, riferiti ai bilanci degli esercizi al 31 dicembre 2010 al 31 dicembre 2011, sono stati calcolati i seguenti indici:

Indici "Taranto Container Terminal S.p.A."	Anno 2010	Anno 2011
Indice di indipendenza finanziaria: patrimonio netto/totale passivo	2,11%	6,14%
Indice di copertura delle immobilizzazioni: patrimonio netto+debiti m/l termine/immobilizzazioni	0,36	0,44
Indice di liquidità: attività correnti - rimanenze/passività correnti	0,01	0,01
Punteggio	3	3
Classe di merito	3	3

pervenendo, in base ai valori riscontrati, all'attribuzione dei punteggi indicati e delle conseguenti classi di merito.

Aspetti economici

La valutazione dell'aspetto economico è stata effettuata calcolando gli indici economici ROE e ROI, come previsto dal Documento suddetto. I dati contabili sono riferiti ai bilanci degli esercizi 2010 e 2011 della "Taranto Container Terminal S.p.A.". Dalla valutazione degli indici si sono ottenute le seguenti risultanze:

Indici "Taranto Container Terminal S.p.A."	Anno 2010	Anno 2011
ROE: risultato netto/patrimonio netto	-5,85	-2,04
ROI: risultato operativo/capitale investito	-0,08	-0,09
Classe di merito	3	3

Dalla comparazione delle classi attribuite agli aspetti patrimoniali, finanziari ed economici consegue una valutazione **NEGATIVA** della società proponente rispetto al criterio di selezione 1.

Si segnala che la valutazione negativa del Criterio di selezione 1 - "Affidabilità del soggetto proponente sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico" comporta l'esclusione del programma di investimento così come previsto dalle "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito TITOLO VI del Regolamento Generale dei Regimi di aiuto in esenzione" allegate all'Avviso CdP.

Criterio di selezione 2

Criterio di selezione 2 – Coerenza tra dimensione del beneficiario e dimensione del progetto

Come previsto dal Documento "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito del Titolo VI del regolamento generale dei regimi di aiuto in esenzione" è stata verificata la **coerenza** tra dimensione del beneficiario e dimensione del progetto, attraverso l'utilizzo dei seguenti parametri:

Indici "Taranto Container Terminal S.p.A."	Anno 2011	Punteggio
Investimento/fatturato	1,59	2
Investimento/patrimonio netto	8,00	1
Totale		3

L'esito circa il criterio di selezione 2 complessivo è **NEGATIVO**.

Si segnala che la valutazione del Criterio di selezione 2 - "Coerenza tra dimensione del beneficiario e dimensione del progetto" non raggiungendo un punteggio almeno pari a 4 comporta l'esclusione e, pertanto, non si procederà ad ulteriore valutazione così come previsto dalle "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso presentate nell'ambito TITOLO VI del Regolamento Generale dei Regimi di aiuto in esenzione" allegate all'Avviso CdP.

Conclusioni

Alla luce di quanto sopra rappresentato, ritenuta la sussistenza dei presupposti per l'attivazione della procedura di rigetto ex art. 10 bis L. 241/90 e succ. mod., con nota prot. n. 221/BA del 11/01/2013 (ricevuta dal soggetto proponente in data 22/01/2013) è stato comunicato al soggetto proponente il preavviso di rigetto, motivato dalla circostanze di seguito riportate:

"L'istanza presentata non risulta ammissibile in quanto:

1. la valutazione del Criterio di selezione 1 - "Affidabilità del soggetto proponente sotto il profilo patrimoniale, finanziario ed economico" determina, sulla base dei dati contabili riferiti ai bilanci degli esercizi al 31 dicembre 2010 al 31 dicembre 2011, la classe di merito 3 sia per gli "Aspetti patrimoniali e finanziari" che per gli "Aspetti economici". Consegue, pertanto, una valutazione **NEGATIVA** della società proponente rispetto al Criterio di selezione 1;
2. la valutazione del Criterio di selezione 2 - "Coerenza tra dimensione del beneficiario e dimensione del progetto" determina un punteggio pari a 3 (inferiore al minimo di 4) risultando, pertanto, **NEGATIVA**.

Gli esiti negativi dei Criteri 1 e 2, comportano l'esclusione dell'istanza, così come previsto dalle "Procedure e criteri per l'istruttoria e la valutazione delle istanze di accesso

presentate nell'ambito TITOLO VI del Regolamento Generale dei Regimi di aiuto in esenzione" allegate all'Avviso CdP."

Trascorso il termine di dieci giorni lavorativi dal ricevimento del preavviso di rigetto, il soggetto proponente non ha inviato le proprie osservazioni e, pertanto, si ribadisce la non ammissibilità della istanza di accesso presentata dalla "TARANTO CONTAINER TERMINAL S.p.A."

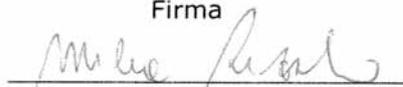
Esito: NEGATIVO.

Modugno, 06 febbraio 2013

Il Valutatore

Milena Rizzello

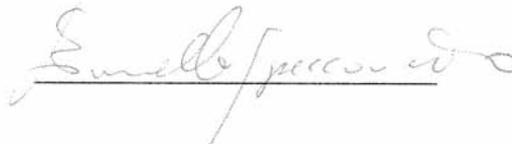
Firma



Il Responsabile di Commessa

Emmanuela Spaccavento

Firma



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 781

L.R. 21 maggio 2008, n. 8 “Disciplina in materia di autorizzazioni all’insediamento dell’esercizio cinematografico” - art. 4 - Sostituzione e nomina del componente di Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione, con funzioni di Presidente, a seguito di dimissioni.

L’Assessore al Mediterraneo, Cultura e Turismo, sulla base dell’istruttoria espletata dall’Ufficio Attività culturali e audiovisivi, confermata dal Dirigente *ad interim* del Servizio Cultura e Spettacolo, riferisce quanto segue.

La legge regionale 21 maggio 2008, n. 8 disciplina la materia delle autorizzazioni amministrative relative all’insediamento di esercizi cinematografici in applicazione della L.R. 29 aprile 2004, n. 6 ed in attuazione dell’art. 22 del D.Lgs. 22 gennaio 2004, n. 28.

L’art. 4 della L.R. n. 8/2008 istituisce il “Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione” quale struttura di supporto rispetto agli obiettivi definiti dalla normativa regionale; definisce i compiti e le funzioni dello stesso, indica la durata, nonché la composizione, precisando che è validamente costituito con almeno sei dei dieci componenti previsti, e dispone che la nomina avvenga con delibera della Giunta regionale.

Con DGR n. 2569 del 22.11.2011 è stato nominato il suddetto Nucleo, costituito da sette componenti rispetto ai dieci previsti dalla suddetta legge, dando atto che con successivo provvedimento della Giunta Regionale si sarebbe provveduto ad integrarne la composizione con i rappresentanti degli organismi - di cui al comma 6 - lett. e), f) e j) - del suddetto art.4, - che a quella data non avevano ancora provveduto alla necessaria designazione.

Con le successive D.G.R. n.4 del 19/01/2012 e n.1001 del 25/05/2012 si è provveduto ad integrare il Nucleo a seguito delle successive designazioni da parte degli organismi di cui sopra.

In date successive, sono seguite, con motivazioni diverse, le dimissioni, da componente del Nucleo, dei rappresentanti dell’Unione Nazionale Comunità Enti Montani (UNCCEM), delle Confederazioni Sindacali CGIL-CISL-UILe dell’UPI.

In attesa delle nuove designazioni dei rappresentanti dei suddetti Organismi, a tutt’oggi non pervenute, il Nucleo in questione ha proseguito i propri lavori con una composizione legale residua di sei componenti, così come previsto dal comma 7 dell’art.4 della L.R.n.8/08.

In data 26 marzo 2013 il componente del Nucleo Tecnico Sig. Alfonso Marrese, con funzioni di Presidente, ha comunicato all’Assessorato competente in materia di attività culturali e al predetto Servizio Cultura e Spettacolo le proprie dimissioni irrevocabili dall’incarico per motivi personali.

A seguito di tale atto, si rende necessario procedere alla sostituzione del Presidente per consentire il corretto funzionamento dello stesso.

Pertanto, con il presente provvedimento, si prende atto delle dimissioni del componente del Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione, Sig. Alfonso Marrese e si propone di nominare in sostituzione dello stesso la Sig.ra D.ssa Anna Vita PERRONE.

Quanto sopra, in applicazione del comma 6 lett.a) dell’art.4 della citata L.R. n.8/08 che prevede un “*esperto in materia di attività culturali e di spettacolo, con funzioni di Presidente*”.

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

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

L’Assessore al Mediterraneo, relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l’adozione del conseguente atto finale che rientra nelle competenze della Giunta Regionale ai sensi dell’art. 4 comma 4°, lettera k, della L.R. n.7/1997”

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione e la conseguente proposta dell’Assessore al Mediterraneo, Cultura e Turismo;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Direttore d’Area e Dirigente ad

interim del Servizio Cultura e Spettacolo, dal Dirigente dell'Ufficio Attività Culturali e Audiovisivi e dal funzionario istruttore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

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

- **di prendere atto** delle dimissioni del Sig. Alfonso Marrese, già componente del Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione di cui all'art.4. comma 6 - lett. a) della L.R. n. 8/08 e nominato a tale incarico con propria D.G.R. n. 2569 del 22.11.2011;
- **di nominare** la Sig.ra Dott.ssa Anna Vita PER-RONE, quale componente del Nucleo Tecnico Regionale di Valutazione, "esperto in materia di attività culturali e di spettacolo con funzioni di Presidente", così come previsto dal sopra citato art.4, comma 6- lett.a) della L.R.n.8/08, in sostituzione del componente dimissionario sopra riportato;
- **di dare atto** che, ai sensi del comma 9 dell'art.4 della L.R. n.8/08, il suddetto componente resta in carica sino alla scadenza del triennio del Nucleo nominato con DGR n. 2569 del 22.11.2011;
- **di notificare**, a cura del Servizio Cultura e Spettacolo, il presente atto al suddetto componente e Presidente del Nucleo, dopo aver acquisito dallo stesso le dichiarazioni di insussistenza di cause di ineleggibilità e/o incompatibilità;
- **di notificare** il presente provvedimento al Servizio Personale ed Organizzazione;
- **di pubblicare** il presente atto sul BURP e sul sito ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 784

PO FESR 2007-2013. Reg. Reg.le n. 9/08 e s.m.i. - Titolo VI "Aiuti ai programmi di investimento promossi da grandi imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali" DGR n. 2153/08. DGR n. 1840 del 05 agosto 2011. Decadenza per rinuncia alla presentazione delle integrazioni al progetto definitivo relativo all'istanza presentata dall'impresa. Soggetto proponente: Sistemi Software Integrati s.p.a.

L'Assessore allo Sviluppo Economico, sulla base della istruttoria espletata dall'Ufficio Attrazione Investimenti e dall'Ufficio Ricerca e Innovazione Tecnologica confermata dal Dirigente del Servizio Competitività e dal Dirigente del Servizio Ricerca Industriale e Innovazione, riferisce quanto segue

Visti

- il PO 2007-2013 FESR della Regione Puglia, così come approvato dalla Commissione Europea con C(2007) 5726 del 20.11.2007 conformemente a quanto previsto dall'art.37 del Reg. CE 1083/2006;
- la D.G.R. n. 146 del 12.2.2008 con la quale la Giunta Regionale ha preso atto di detta decisione comunitaria (B.U.R.P. n. 31 del 26.02.08) ed è stato definitivamente approvato il Programma Operativo FESR della Regione Puglia per il ciclo di Programmazione 2007/2013;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 886 del 24.9.2008 e s.m.i. con cui è stato emanato l'Atto di Organizzazione per l'Attuazione del PO FESR 2007-13 (B.U.R.P. n. 149 del 25.09.08);
- la D.G.R. n. 1849 del 30.09.2008 e s.m.i. con la quale sono stati nominati l'Autorità di Gestione del PO FESR 2007-2013 e i Responsabili degli Assi di cui al medesimo programma (B.U.R.P. n. 162 del 16.10.08);
- la D.G.R. n. 165 del 17/02/2009 con cui la Giunta Regionale ha approvato le "Direttive concernenti le procedure di gestione del PO FESR 2007-2013" (BURP n. 34 del 04.03.09);
- la D.G.R. n. 2941 del 29/12/2011 con la quale la Giunta Regionale ha preso atto delle modifiche al

P.O. FESR 2007/2013 della Regione Puglia approvate dalla Commissione Europea con Decisione C(2011)9029 del 1 dicembre 2011 (B.U.R.P. n. 7 del 16/01/2012);

- la D.G.R. n. 98 del 23/01/2012 con la quale la Giunta Regionale ha adeguato gli atti di nomina dei Responsabili delle Linee di Intervento del PO FESR 2007/2013, nonché i PPA come approvati al nuovo modello organizzativo e per l'effetto ha individuato i Responsabili delle Linee di Intervento;

Visto altresì

- la Legge Regionale n. 10 del 20.6.2004, recante "Disciplina dei regimi regionali di aiuto" e successive modificazioni e integrazioni" (B.U.R.P. n. 84 del 02/07/2004);
- il Regolamento n. 9 del 26.06.2008 recante la disciplina dei Regimi di Aiuto regionali in esenzione (B.U.R.P. n. 103 del 30.06.2008), modificato dal Regolamento n. 1 del 19.01.2009 (B.U.R.P. n. 13 suppl. del 22.01.2009), dal Regolamento n. 19 del 10 agosto 2009 (B.U.R.P. n. 123 suppl. del 11.08.2009) e dal Regolamento n. 4 del 24/03/2011 (BURP n. 44 del 28/03/2011) modificato dal Regolamento n. 5 del 20/02/2012 (BURP n. 29 del 24/02/2012);
- il Titolo VI del citato Regolamento, denominato "Aiuti ai programmi di investimento promossi da Grandi Imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali";
- la D.G.R. n. 2153 del 14/11/2008 con la quale la Giunta Regionale ha approvato, tra l'altro, lo schema di Avviso per l'erogazione di "Aiuti ai programmi di investimento promossi da Grandi Imprese da concedere attraverso Contratti di Programma Regionali" e individuato Puglia Sviluppo SpA (già Sviluppo Italia Puglia S.p.A.) quale Organismo Intermedio per l'attuazione dello strumento ai sensi dell'art.1, comma 5 del Regolamento 1/2009 e dell'art.6 del DPGR n.886/2008;
- l'Avviso Pubblico per la presentazione delle istanze di accesso ai sensi dell'articolo 52 del Regolamento adottato con Determinazione del Dirigente Settore Artigianato PMI e Internazionalizzazione n. 590 del 26 novembre 2008 e pubblicato sul B.U.R.P. della Regione Puglia n. 191 del 10 dicembre 2008, modificato con Determina-

zione n. 612 del 05.10.2009, con Determinazione n. 1511 del 13.09.2011, con Determinazione n. 124 del 31.01.2012 e con Determinazione n. 573 del 28.03.2012;

- la D.G.R. n. 749 del 07/05/2009 di approvazione del Programma Pluriennale dell'Asse I del PO FESR 2007-2013 (Burp n. 79 del 03/06/2009);
- la D.G.R. n. 750 del 07/05/2009 di approvazione del Programma Pluriennale dell'Asse VI del PO FESR 2007-2013 (Burp n. 79 del 03/06/2009);

Considerato che

- l'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. ha presentato, in data 18/01/2012 istanza di accesso acquisita agli atti regionali con Prot. AOO_158 - 0000582 del 24/01/2012;
- con D.G.R. n. 1059 del 30.05.2012 (BURP n. 88 del 20.06.2012) la Giunta Regionale ha deliberato l'ammissione della proposta dell'Impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. alla fase di presentazione del progetto definitivo;
- Il Servizio Competitività con nota prot. AOO_158 - 00005447 del 28/06/2012 ha comunicato all'Impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. l'esito dell'esame istruttorio ed ha fissato il termine perentorio di 60 giorni dalla ricezione della comunicazione medesima, entro il quale il progetto definitivo doveva essere presentato, pena la decadenza dell'istanza;
- l'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. ha presentato, nei termini di legge, il progetto definitivo (Prot. AOO_158 - 0007440 del 13/09/2012);
- in sede di verifica della documentazione relativa alla fase istruttoria del progetto definitivo presentato dall'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A., Puglia Sviluppo S.p.A. ha rilevato carenze in merito alle autorizzazioni amministrative necessarie alla realizzazione degli investimenti in opere murarie previste nel programma presentato;
- con nota del 22 febbraio 2013, acquisita agli atti regionali con Prot. AOO_158 - 0001627 del 01/03/2013, l'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. ha comunicato la rinuncia alla presentazione delle integrazioni al

progetto definitivo richieste da Puglia Sviluppo S.p.A.;

- con nota del 27/02/2013 (prot. 1536/BA) Puglia Sviluppo S.p.A., ha comunicato all'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. la presa d'atto della rinuncia alla presentazione delle integrazioni del progetto definitivo fissando il termine di 10 giorni dalla ricezione della comunicazione medesima, entro il quale l'azienda avrebbe potuto presentare eventuali osservazioni in merito, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 bis L. 241/90;
- l'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A. non ha prodotto osservazioni o controdeduzioni nei termini prescritti;

Tutto ciò premesso, si propone si propone di adottare il provvedimento di decadenza dell'istanza presentata dall'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A., con sede legale in TARANTO, Viale del Lavoro n. 101, P. IVA 02102250632 per la quale era stata autorizzata, con D.G.R. n. 1059 del 30.05.2012, la presentazione del progetto definitivo;

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. 28/01 e smi

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'art. 4 - comma 4 - lettere D/K della L.R. n. 7/97

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 alla Sviluppo Economico;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile dell'azione 6.1.1 e 1.1.1., dal Dirigente dell'Ufficio Attrazione Investimenti, dal Dirigente dell'Ufficio

Ricerca Industriale e Innovazione Tecnologica e dal Dirigente del Servizio Ricerca e Competitività, che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;
- di dichiarare decaduta l'istanza presentata dall'impresa proponente SISTEMI SOFTWARE INTEGRATI S.p.A., con sede legale in TARANTO, Viale del Lavoro n. 101, P. IVA 02102250632 per la quale era stata autorizzata, con DGR n. 1059 del 30.05.2012, la presentazione del progetto definitivo;
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 785

L.R. n. 24/06: "Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale" - Art. 4: Istituzione Coordinamento regionale delle attività trasfusionali (CRAT) - D.G.R. n. 1728/06 - Pro-ruga nomina componenti, modifica punto 3.5 D.G.R. n. 1728/06 e annullamento della D.G.R. n. 501/2008.

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal CRAT, confermate dal Dirigente dell'Ufficio 3 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce.

In attuazione dell'art. 4, comma 1. della L. R. 3 agosto 2006, n. 24 ("Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale"), la Giunta regio-

nale, con atto n. 1728 del 21 novembre 2006, ha istituito, presso il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle politiche della salute, con compiti e funzioni ivi indicati, il **Coordinamento regionale delle attività trasfusionali (CRAT)**.

Con successivo atto n. 1954 del 20 dicembre 2006, formalmente acquisite le designazioni, la Giunta regionale, come stabilito dal citato atto d'istituzione n. 1728/06, ha nominato i componenti del Coordinamento per un triennio, così come di seguito riportato:

- responsabile tecnico: dott. Michele Scelsi, dirigente medico struttura trasfusionale AUSL;
- responsabile amministrativo: Silvia Papini, dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- Componente rappresentante area nord del territorio della Regione: dott. Lazzaro Di Mauro, dirigente medico struttura trasfusionale San Giovanni Rotondo;
- Componente rappresentante area centro del territorio della Regione: dott. Stefano Antoncetti, dirigente medico struttura trasfusionale AUSL BA/5;
- Componente rappresentante area sud del territorio della Regione: dott.ssa Maria Giuseppina Dipersia, dirigente medico struttura trasfusionale AUSL LE/2;
- Componenti rappresentanti delle Associazioni donatori: dr. Ruggiero Fiore (AVIS), prof.ssa Rosita Orlandi (FIDAS), prof. Vincenzo Manzo (FRATES);
- Componenti rappresentanti delle Società scientifiche: dott. Eugenio Peres (S.I.M.T.I.), dott. Luciano Cazzato (SIDEM);
- Responsabile pro tempore del Centro regionale di coordinamento e compensazione (CRCC): dott. Donato Dimonte;
- Segretario (dipendente regionale): geom. Rocco Belladonna.

Con Deliberazione n. 306 del 9 febbraio 2010 la Giunta Regionale ha rinnovato, per un triennio, la nomina dei componenti del **Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT)** come di seguito riportato:

- dott. **Michele Scelsi**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale, Ospedale "S. Paolo" - ASL BA, **responsabile tecnico**;

- **Silvia Papini**, dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, **responsabile amministrativo**;
- dott. **Lazzaro Di Mauro**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" - San Giovanni Rotondo, componente rappresentante area nord del territorio della Regione;
- dott. **Stefano Antoncetti**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale, P.O. "S. Giacomo" - ASL BA, componente rappresentante area centro del territorio della Regione;
- dott.ssa **Maria Giuseppina Dipersia**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale, P.O. "S. Cuore di Gesù" - ASL LE, componente rappresentante area sud del territorio della Regione;
- dott. **Ruggiero Fiore**, componente rappresentante dell'Associazione donatori AVIS; prof.ssa **Rosita Orlandi**, componente rappresentante dell'Associazione donatori FIDAS; prof. **Vincenzo Manzo**, componente rappresentante dell'Associazione donatori FRATES;
- dott. **Eugenio Peres**, componente rappresentante della Società scientifica SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia);
- dott. **Giovanni Polisenò**, componente rappresentante della Società scientifica SIDEM (Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione Cellulare);
- dott. **Donato Dimonte**, responsabile pro tempore Centro regionale di coordinamento e compensazione (CRCC).

Con Accordo del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010) la Conferenza Stato - Regioni ha approvato il documento sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica, recepito dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 132 del 31/01/2011.

Successivamente, con Accordo del 13 ottobre 2011 (Rep. Atti n. 206/CSR del 13 ottobre 2011) la Conferenza Stato - Regioni ha approvato il documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali", recepito dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 333 del 20/02/2012.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1728 del 21 novembre 2006, è stata stabilita l'organizzazione ed il funzionamento del Coordinamento

Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) ed in particolare al punto 3.5 che i componenti durano in carica tre anni rinnovabili per una sola volta.

Attesa, quindi, l'urgenza di rivedere la L. R. 3 agosto 2006, n. 24 ("Norme di organizzazione del sistema trasfusionale regionale") alla luce dei citati Accordi Stato - Regioni e considerato che gli incarichi in parola risultano in scadenza al 02/03/2013 e che la suddetta legge regionale è in fase di revisione da parte del CRAT, si propone di procedere alla proroga degli incarichi dei componenti del suddetto Comitato, nominato con D.G.R. n. 306/2010, fino all'approvazione definitiva delle modifiche alla L.R. n. 24/2006, sostituendo il dott. Stefano Antoncetti ed il dott. Donato Dimonte, che hanno cessato i loro incarichi per quiescenza, rispettivamente con il dott. Vito Pesce e la prof.ssa Giorgina Specchia.

Si propone, per quanto sopra, la modifica del punto 3.5 della D.G.R. n. 1728/2006 che viene riformulato come di seguito: 3.5 da "I componenti durano in carica tre anni rinnovabili per una sola volta" a "I componenti durano in carica tre anni rinnovabili".

Si propone, infine, alla Giunta Regionale di annullare la D.G.R. n.501 dell' 8/4/2008 in quanto la partecipazione di ogni componente al Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) deve considerarsi in forma gratuita.

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 l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, Co. 4, lettera d)

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal CRAT, dal Dirigente dell'Ufficio n.3 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

1. di prorogare, per le motivazioni esposte in narrativa, fino all'approvazione definitiva delle modifiche alla L.R. n. 24/2006 gli incarichi dei componenti del Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT), di cui alla 306/2010, come di seguito riportato:
 - dott. **Michele Scelsi**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale, Ospedale "S. Paolo" - ASL BA, **responsabile tecnico**;
 - **Silvia Papini**, dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, **responsabile amministrativo**;
 - dott. **Lazzaro Di Mauro**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" - San Giovanni Rotondo, componente rappresentante area nord del territorio della Regione;
 - dott. **Vito Pesce**, direttore P.O. "Santa Maria degli Angeli" di Putignano - ASL BA, componente rappresentante area centro del territorio della Regione;
 - dott.ssa **Maria Giuseppina Dipersia**, direttore U. O. complessa di medicina trasfusionale, P. O. "S. Cuore di Gesù" - ASL LE, componente rappresentante area sud del territorio della Regione;
 - dott. **Ruggiero Fiore**, componente rappresentante dell'Associazione donatori AVIS;
 - prof.ssa **Rosita Orlandi**, componente rappresentante dell'Associazione donatori FIDAS;
 - prof. **Vincenzo Manzo**, componente rappresentante dell'Associazione donatori FRATES;
 - dott. **Eugenio Peres**, componente rappresentante della Società scientifica SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunematologia);

- dott. **Giovanni Polisenò**, componente rappresentante della Società scientifica SIDEM (Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione Cellulare);
 - prof.ssa **Giorgina Specchia**, responsabile pro tempore Centro regionale di coordinamento e compensazione (CRCC);
2. di modificare il punto 3.5 della D.G.R. n. 1728 del 2006 come di seguito: 3.5 da “I componenti durano in carica tre anni rinnovabili per una sola volta” a “I componenti durano in carica tre anni rinnovabili”;
 3. di annullare la D.G.R. n.501 dell’8/4/2008 di integrazione alla D.G.R. 1728/06 e di ritenere in forma totalmente gratuita la partecipazione a detto Coordinamento da parte di ogni componente;
 4. di dare mandato al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica di individuare e nominare componente con funzioni di segretario un dipendente regionale in servizio presso il competente Ufficio;
 5. disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n.13/94.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 786

Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale per la Rete dell’Anatomia Patologica.

L’Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente dell’Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica riferisce:

La diagnosi anatomo-patologica si inserisce come elemento fondamentale e spesso decisivo nel-

l’inquadramento clinico del paziente, indirizzando valutazioni prognostiche e scelte terapeutiche. Le dimensioni dei Servizi di Anatomia Patologica devono essere correlate alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate, alla complessità dei Presidi Ospedalieri di riferimento (numero di Specialità presenti) e al volume del bacino di utenza (es. screening territoriali). Le Anatomie Patologiche svolgono infatti un ruolo determinante negli screening di I e II livello.

I Servizi di Anatomia Patologica devono mantenere una vicinanza al territorio e ai Presidi per garantire la migliore integrazione della diagnostica cito-istopatologica sia per la fruibilità dell’utenza che per l’integrazione anatomo-clinica; infatti è importante anche il ruolo svolto dal Servizio di AP nella rete del Risk-management aziendale, per verificare l’iter assistenziale e diagnostico e chiarire i dubbi clinico-patologici anche tramite l’ultima ratio nel Riscontro Diagnostico Autopsico.

I laboratori di citogenetica e di biologia molecolare, che devono essere integrati o strettamente correlati ai Servizi di Anatomia Patologica, svolgono indagini fondamentali per consolidare la diagnosi e per ulteriormente definire i percorsi terapeutici dei pazienti (Target Therapy).

Il Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l’Innovazione Tecnologica - Tavolo permanente di Sanità Elettronica ha elaborato le Specifiche tecniche con cui sono state descritte le modalità di creazione del documento informatico di “Referto di anatomia patologica”

Con il Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e ss.mm.ii. la Regione Puglia ha definito il riordino della rete ospedaliera e, a fronte delle sopra citate considerazioni, si propone di costituire un Tavolo tecnico per la riorganizzazione della rete regionale di anatomia patologica, di cui facciano parte operatori con competenze specifiche per tale scopo, così di seguito individuati:

- dott.ssa Carmela Giardina (A.O. Policlinico di Bari) - delegata regionale SIAP e C - IAP;
- prof. Leonardo Resta (A.O. Policlinico di Bari) membro del CD SIAP e C - IAP;
- prof. Pantaleo Bufo Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Anatomia Patologica dell’Università di Foggia;
- dott. Enrico D’Ambrosio - Direttore U.O. Anatomia Patologica dell’Ospedale “V.Fazzi” di Lecce;

- dott. Alfredo Zito, Direttore U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale "San Paolo" di Bari;
- dott.ssa Anna Maria Sebastio, Direttore U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale "S.S. Annunziata" di Taranto;
- dott. Ettore Attolini, Dirigente Area programmazione e Assistenza Ospedaliera - A.Re.S. Puglia;
- dr.ssa Lucia Bisceglia, Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia;
- rag. Vito Parisi, Dirigente Ufficio Organizzazione e programmazione sanitaria - Servizio PAOS;
- ing. Vito Bavaro, Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS.

In particolare le attività del Tavolo devono riguardare:

- Elaborazione, entro tre mesi dall'adozione del presente provvedimento, di una proposta di riorganizzazione delle strutture sul territorio sulla base della popolazione servita, dei posti letto e dei carichi di lavoro storicamente svolti, attraverso la definizione di un modello relazionale di tipo Hub e Spoke e l'identificazione di centri di riferimento regionali nei quali concentrare l'erogazione di prestazioni che richiedano un alto valore tecnologico;
- Elaborazione, entro sei mesi dall'adozione del presente provvedimento, di una proposta che, sulla base del punto precedente, identifichi i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi di anatomia patologica in funzione della loro collocazione nell'ambito della rete;
- Supporto al processo di informatizzazione dei servizi di anatomia patologica, all'interno della rete e verso l'intero sistema informativo sanitario regionale, anche in ossequio alle previsioni della DGR n.2990 del 29.12.2011 con cui la Giunta Regionale ha approvato il progetto "Sistema Informativo regionale Anatomia Patologica" volto a realizzare la piena, omogenea ed uniforme informatizzazione delle strutture di Anatomia Patologica di Puglia quale fondamentale obiettivo collegato agli altri progetti di Sanità Elettronica di Puglia e funzionale allo sviluppo di altre iniziative quali il Registro Tumori Puglia, il Sistema Informativo Screening ed il SIST/Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il Tavolo tecnico in oggetto deve essere supportato, per lo svolgimento delle attività di cui trattasi, dall'Ufficio n. 3 del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed in particolare dalla dott.ssa Antonella Caroli, in servizio presso il suddetto Ufficio.

Si precisa, inoltre, che la partecipazione al Tavolo Tecnico da parte degli stessi componenti nominati dovrà essere a titolo gratuito.

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 Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

1. di costituire il Tavolo Tecnico Regionale per il coordinamento della rete regionale di anatomia patologica, di cui facciano parte operatori con competenze specifiche per tale scopo, così di seguito individuati:
 - dott.ssa Carmela Giardina (A.O. Policlinico di Bari) - delegata regionale SIAP e C - IAP;
 - prof. Leonardo Resta (A.O. Policlinico di Bari) membro del CD SIAP e C - IAP;

- prof. Pantaleo Bufo Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Anatomia Patologica dell'Università di Foggia;
 - dott. Enrico D'Ambrosio - Direttore U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce;
 - dott. Alfredo Zito, Direttore U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale "San Paolo" di Bari;
 - dott.ssa Anna Maria Sebastio, Direttore U.O. Anatomia Patologica dell'Ospedale "S.S. Annunziata" di Taranto;
 - dott. Ettore Attolini, Dirigente Area Programmazione e Assistenza Ospedaliera - A.Re.S. Puglia
 - dr.ssa Lucia Bisceglia, Dirigente Servizio Analisi della Domanda e dell'Offerta Sanitaria - A.Re.S. Puglia
 - rag. Vito Parisi, Dirigente Ufficio Organizzazione e Programmazione Sanitaria - Servizio PAOS;
 - Ing. Vito Bavaro, Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, Servizio APS;
2. di assegnare i seguenti obiettivi al Tavolo Tecnico:
- Elaborazione, entro tre mesi dall'adozione del presente provvedimento, di una proposta di riorganizzazione delle strutture sul territorio sulla base della popolazione servita, dei posti letto e dei carichi di lavoro storicamente svolti, attraverso la definizione di un modello relazionale di tipo Hub e Spoke e l'identificazione di centri di riferimento regionali nei quali concentrare l'erogazione di prestazioni che richiedano un alto valore tecnologico;
 - Elaborazione, entro sei mesi dall'adozione del presente provvedimento, di una proposta che, sulla base del punto precedente, identifichi i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi di anatomia patologica in funzione della loro collocazione nell'ambito della rete;
 - Supporto al processo di informatizzazione dei servizi di anatomia patologica, all'interno della rete e verso l'intero sistema informativo sanitario regionale, in ossequio alle previsioni della DGR n.2990 del 29.12.2011.
3. di stabilire che il Tavolo tecnico in oggetto sia supportato, per lo svolgimento delle attività di

cui trattasi, dall'Ufficio n. 3 del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed in particolare dalla dott.ssa Antonella Caroli, in servizio presso il suddetto Ufficio;

4. di stabilire che la partecipazione al Tavolo Tecnico da parte dei componenti nominati dovrà essere a titolo gratuito;
 5. di stabilire che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94;
- di notificare il presente provvedimento al Servizio Personale.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 787

Costituzione della Commissione Paritetica Regionale per l'Attività Libero Professionale Intramoenia del personale del Servizio Sanitario Regionale.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Elena Gentile, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 4 - Risorse Umane e Aziende Sanitarie confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

L'art. 3 dell' Accordo Conferenza Stato-Regioni del 18 novembre 2010, concernente l'attività libero- professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale, prevede i seguenti commi 2 e 3:

2. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero - professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero - professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che co-

munque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.

3. Nell'ambito dell'attività di verifica di cui al comma 2, le regioni istituiscono appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

La Regione Puglia con D.G.R. 31 agosto 2011, n. 1873 ha recepito integralmente il suddetto accordo.

Si propone pertanto di istituire presso l'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia la Commissione Paritetica Regionale per l'ALPI con la partecipazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, nonché delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti con i seguenti compiti:

- valutare l'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale;
- verificare i dati relativi ai volumi di attività istituzionale ed all'attività libero - professionale; proporre alla Regione interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza;
- fornire proposte alla Regione su integrazioni alle linee guida regionali.

La Commissione paritetica dura in carica tre anni e si riunisce almeno ogni sei mesi ed è costituita da n. 6 componenti di cui:

- n. 3 rappresentanti della Direzione Regionale Politiche della Salute/Aziende SSR esperti in problematiche gestionali e giuridiche;
- n. 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali mediche e/o sanitarie maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

La Commissione è integrata con la presenza di n. 1 rappresentante di organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Alla nomina dei componenti si provvederà con determinazione dirigenziale successiva, una volta acquisite le designazioni da parte di ciascun organismo. Per i componenti della suddetta Commissione, non è previsto alcun beneficio economico, e

pertanto il provvedimento non comporta impegni di spesa.

“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 dell'Ufficio 4
Dott. Pasquale Marino

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 Dirigente dell'Ufficio 4 e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per i motivi e le finalità esposti in narrativa e qui riportati integralmente:

1. di istituire presso l'Assessorato alle Politiche della salute della Regione Puglia la Commissione paritetica regionale per l'ALPI con la partecipazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, nonché delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti con i seguenti compiti:
 - valutare l'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale;

- verificare i dati relativi ai volumi di attività istituzionale ed all'attività libero - professionale;
 - proporre alla Regione interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori Generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza;
 - fornire proposte alla Regione su integrazioni alle linee guida regionali;
2. che la Commissione paritetica dura in carica tre anni, si riunisce almeno ogni sei mesi ed è costituita da n. 6 componenti di cui:
- n. 3 rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche della Salute esperti in problematiche gestionali e giuridiche;
 - n. 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali mediche e/o sanitarie maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.
- La Commissione è integrata con la presenza di n. 1 rappresentante di organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti;
3. che, la nomina dei componenti la Commissione paritetica sarà effettuata con successivo atto dirigenziale, una volta acquisite le singole designazioni, e che per gli stessi componenti non è previsto alcun beneficio economico;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione, ai sensi dell'art.6 della L.R. n.13 del 12.04.1994.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 788

Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2013 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore e confermata dal

Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue:

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2341 del 24/10/2011, come successivamente modificata con D.G.R. n. 2467 del 27/11/2012, è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1969 del 12/10/2012 è stato approvato lo schema di contratto di prestazione d'opera intellettuale da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del Servizio Sanitario Regionale della Puglia.

In particolare, l'art. 4 ("Obiettivi") di entrambi i predetti schemi di contratto stabilisce che, fermi restando gli obiettivi vincolanti a pena di decadenza allo stesso allegati, il Direttore Generale è tenuto al rispetto degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta regionale con l'atto di nomina e degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute, individuati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento.

Tali ultimi obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario e di salute, a norma del medesimo art. 4, comma 3, degli schemi di contratto citati devono essere "sottoposti a verifica annuale da parte del direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari opportunità, sulla base della certificazione di raggiungimento dei singoli obiettivi da parte degli Uffici e Servizi regionali competenti per materia e dell'Agenda Regionale Sanitaria (ARES), secondo le modalità indicate nel provvedimento adottato dalla Giunta regionale per l'individuazione degli stessi".

Il successivo art. 6 ("Compenso") di entrambi i predetti schemi di contratto, al comma 4, stabilisce inoltre che il trattamento economico del Direttore generale "è integrato - ai sensi dell'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i. - di un'ulteriore quota, fino al 20 (venti) per cento dello stesso, da corrispondersi previa positiva valutazione della realizzazione degli obiettivi gestionali di carattere economico-finanziario di cui all'art. 4, co. 1 e 3, stabiliti annualmente dalla Giunta Regionale unitamente alla relativa metodologia di valutazione".

In sede di prima applicazione delle disposizioni in materia di retribuzione di risultato innanzi citate, la Giunta Regionale con D.G.R. n. 3009/2012 ha stabilito di attribuire ai Direttori generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. per l'anno 2012 i medesimi obiettivi gestionali con effetti sulla riduzione della spesa già individuati dall'Allegato Operativo (punto 2.1) al Piano di Rientro 2010-2012, approvato con L.R. n. 2/2011 a seguito di Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e Finanze ed il Presidente della Regione Puglia.

Attesa la conclusione al 31/12/2012 del triennio di vigenza del Piano di Rientro, si è tuttavia ravvisata l'opportunità di una nuova e più ampia definizione degli obiettivi gestionali annuali da attribuire ai Direttori generali della ASL ed AOU del S.S.R. per l'anno 2013.

A tal fine, l'Ufficio Rapporti Istituzionali del Servizio PAOS, con nota prot. AOO_151-1049 del 25/01/2013, ha chiesto agli Uffici e Servizi dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità di partecipare - per le materie di rispettiva competenza - alla definizione degli obiettivi attribuibili ai Direttori generali delle Aziende ed Enti SSR per l'anno 2013, convocando all'uopo apposita riunione per il giorno 31/01/2013.

Gli Uffici e Servizi interessati, dopo essersi confrontati nel corso della predetta riunione, hanno riscontrato la citata nota del Servizio PAOS del 25/01/2013, indicando gli obiettivi relativi alle materie di competenza, rispettivamente:

- il Dirigente Ufficio Analisi della domanda e dell'offerta sanitaria dell'A.Re.S. Puglia con nota mail del 11/02/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-1904 del 19/02/2013;
- il Dirigente del Servizio Controlli dell'Area Finanza e Controlli con nota prot. AOO_170-154 del 11/02/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-1931 del 20/02/2013;
- il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione con nota mail del 11/02/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-2076 del 25/02/2013;
- il Dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi informativi del Servizio Accreditamenti e Programmazione Sanitaria con nota mail del 11/02/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-2077 del 25/02/2013;

- il Dirigente del Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale con nota mail del 14/02/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-2809 del 13/03/2013;
- il Dirigente dell'Ufficio PAOS/4 Risorse Umane ed Aziende Sanitarie con nota mail del 7/03/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-3049 del 19/03/2013;
- il Dirigente dell'Ufficio Farmaceutico del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione con nota mail del 08/03/2013, acquisita al protocollo del Servizio PAOS n. AOO_151-3050 del 19/03/2013.

Quindi, sulla base delle indicazioni contenute nelle note innanzi citate e di successive valutazioni condivise fra i vari Uffici e Servizi regionali interessati, sono stati quindi costruiti i prospetti allegati al presente schema di provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

Si propone pertanto alla Giunta Regionale di procedere all'attribuzione ai Direttori generali di ASL ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. degli obiettivi gestionali per l'anno 2013, schematizzati, rispettivamente, negli **Allegati 1 e 2** al presente schema di provvedimento quali sue parti integranti e sostanziali, ai fini dell'erogazione del relativo trattamento economico di risultato.

Ai fini della valutazione annuale da parte degli Uffici e Servizi regionali competenti per materia e dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), e della conseguente valutazione conclusiva del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari opportunità, ciascuno dei singoli obiettivi attribuiti ai Direttori generali ed elencati nei predetti Allegati 1 e 2, connotati dalle specifiche azioni previste nell'Allegato di riferimento, s'intenderà "raggiunto" se il valore percentuale di conseguimento dell'obiettivo sarà pari al 100%, "parzialmente raggiunto" se tale percentuale risulterà compresa fra il 70% ed il 99%, "non raggiunto" se la medesima percentuale sarà inferiore al 70%.

La valutazione in oggetto potrà ritenersi positivamente conclusa, e dunque dar luogo all'erogazione del trattamento economico integrativo di cui all'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i. - i cui oneri sono a carico del bilancio dell'Azienda di appartenenza - esclusivamente nel caso in cui risultino

“parzialmente raggiunti” o “raggiunti” almeno la maggioranza (50% + 1) degli obiettivi assegnati.

In tal caso, l'importo del trattamento economico integrativo dovrà essere commisurato al grado percentuale complessivo di raggiungimento degli obiettivi assegnati (ottenuto operando la media aritmetica del grado percentuale di raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati, inclusi quelli non raggiunti), remunerando con l'importo massimo del 20% del trattamento economico del direttore generale di cui all'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i. un grado percentuale complessivo di raggiungimento degli obiettivi assegnati pari al 100%.

Infine, con specifico riferimento agli IRRCS pubblici della Regione Puglia, occorre evidenziare che l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 1/7/2004 - recante disciplina dell'organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni - ha previsto espressamente all'art. 2 che la funzione di indirizzo e controllo è affidata in ogni Istituto ad un Consiglio di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), il quale “determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalle Regioni (...) verifica la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dall'Istituto rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, il Consiglio riferisce al Presidente della Regione ed al Ministro della Salute”.

Si propone pertanto alla Giunta Regionale di rinviare ai rispettivi C.I.V. l'attribuzione ai Direttori generali degli IRCCS pubblici del S.S.R. degli obiettivi gestionali annuali di carattere economico-finanziario e di salute per l'anno 2013, nonché la relativa valutazione annuale ai fini dell'eventuale riconoscimento della retribuzione di risultato, di cui dovrà essere data opportuna comunicazione al competente Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica regionale.

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 stesso non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il presente schema di provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4, lettera 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 e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

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

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- Di attribuire ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2013, ai fini dell'erogazione del relativo trattamento economico di risultato, gli obiettivi gestionali annuali schematizzati, rispettivamente, negli **Allegati 1 e 2** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.
- Di stabilire, ai fini della valutazione annuale degli obiettivi di cui al punto precedente da parte degli Uffici e Servizi regionali competenti per materia e dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), e della conseguente valutazione conclusiva del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari opportunità, che ciascuno dei singoli obiettivi attribuiti ai Direttori generali di ASL ed AOU ed elencati nei predetti Allegati 1 e 2, connotati dalle specifiche azioni previste nell'Allegato di riferimento, s'intenda “raggiunto” se il valore percentuale di con-

seguimento dell'obiettivo risulta pari al 100%, "parzialmente raggiunto" se tale percentuale è compresa fra il 70% ed il 99%, "non raggiunto" se la medesima percentuale è inferiore al 70%.

- Di stabilire altresì che la valutazione in oggetto possa ritenersi positivamente conclusa, e dunque dar luogo all'erogazione del trattamento economico integrativo di cui all'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i. - i cui oneri sono a carico del bilancio dell'Azienda di appartenenza - esclusivamente nel caso in cui risultino "parzialmente raggiunti" o "raggiunti" almeno la maggioranza (50% + 1) degli obiettivi assegnati. In tal caso, l'importo del trattamento economico integrativo dovrà essere commisurato al grado percentuale complessivo di raggiungimento degli obiettivi assegnati (ottenuto operando la media aritmetica del grado percentuale di raggiungimento di tutti gli obiettivi assegnati, inclusi quelli non raggiunti), remunerando con l'importo massimo del 20% del trattamento economico del direttore generale di cui all'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i. un grado percentuale

complessivo di raggiungimento degli obiettivi assegnati pari al 100%.

- Di rinviare ai C.I.V. degli IRCCS pubblici della Regione Puglia l'attribuzione ai rispettivi Direttori generali degli obiettivi gestionali annuali per l'anno 2013, nonché la relativa valutazione annuale ai fini dell'eventuale riconoscimento della retribuzione di risultato, di cui dovrà essere data opportuna comunicazione al competente Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica regionale;
- Di dare mandato all'Ufficio Rapporti Istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica per tutti gli adempimenti conseguenti l'adozione del presente provvedimento;
- Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

ALL. 1

OBIETTIVI GESTIONALI ANNUALI ATTRIBUITI AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DEL S.S.R. - Anno 2013

N.	Obiettivo	Sotto-obiettivi (eventuali)	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Serv./Uff. Compet.
1	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera		Contenimento del tasso di ospedalizzazione Incremento dell'appropriatezza organizzativa	1) Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario; 2) %DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti in Day Service, ai sensi delle DD. GG. RR. n. 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012; 3) Potenziamento UVAR aziendale e relativi controlli.		<= 160 [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1] Azione n. 1): <=0,32 ; Azione n. 2): >70%; Azione n. 3) : Potenziamento controlli UVAR - SI/NO [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	PAOS_Uff. 3/ARES
			Riduzione del ricorso al parto cesareo	% Parti cesarei		<35% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	
			Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	% Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)		>= 50% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	
2	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete sanitaria territoriale		1) Riconversione in strutture sanitarie territoriali degli ospedali dismessi a seguito del riordino della rete ospedaliera regionale ; 2) Adozione del piano aziendale di sviluppo della rete dei servizi territoriali.	1) % Ospedali dismessi riconvertiti in strutture sanitarie territoriali; 2) Qualitativo: SI/NO	1) 70%; 2) 30%	1) 100%	PATP_Uff. 4/PAOS_Uff. 3

3	Attuazione della programmazione regionale in materia di accordi contrattuali con le strutture private accreditate	<p>1) Riduzione dei tetti di spesa aziendali in adeguamento alla L.135/2012 ed alla circolare assessorile prot. AOO_151-9457 del 3/9/2012;</p> <p>2) Corretta applicazione dei criteri fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 che prevedono per case di cura, specialistica ambulatoriale e strutture di riabilitazione ex art. 26 una correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato;</p> <p>3) Svolgimento attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nelle strutture private accreditate da parte delle UVARP aziendali, nel rispetto delle linee guida regionali di cui alla DGR n. 1491/2010.</p>	Qualitativo: SI/NO	PAOS_Uff. 3	
4	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale.	<p>a) Razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici;</p> <p>b) Definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle UU.OO.;</p> <p>c) Preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti;</p> <p>d) Razionalizzazione logistica dei magazzini;</p> <p>e) Controllo su MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale (es. compilazione schede monitoraggio statine, sartani, piani terapeutici, etc.).</p>	<p>1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2013 (Fonte: C.E.); 2) Spesa farmaceutica territoriale 2013 (Fonte: C.E.).</p>	<p>1) Riduzione 70% gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera aziendale anno 2012 e 3,5% previsto dalla legge; 2) Riduzione 70% gap Spesa Farmaceutica Territoriale aziendale anno 2012 e 11,35% previsto dalla legge. [V. dettaglio metodol. Ob. n. 4]</p>	PATP_Uff. 3
5	Semplificazione delle procedure amministrativo-contabili per la gestione dei rapporti con i fornitori e riduzione dei tempi di pagamento.	<p>1) Implementazione di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale del ciclo passivo; 2) Allineamento tempi di pagamento fornitori a quelli previsti dalla normativa vigente.</p>	<p>1) Qualitativo - SI/NO ; 2a) Debito verso fornitori anno 2013 (Fonte: S.P.); 2b) Tempo pagamento fornitori anno 2013 (Fonte: Assobiomedica).</p>	<p>2a) Riduzione 50% debito verso fornitori anno 2012 ; 2b) Riduzione 60% gap tra tempo di pagamento dei fornitori aziendale anno 2012 e tempo previsto dalla legge [V. dettaglio metodol. Ob. n. 5]</p>	GAF
6	Rideterminazione dotazione organica	<p>1) Rideterminazione della dotazione organica in osservanza della rete ospedaliera e dei parametri standard relativi alle strutture organizzative di cui all'obiettivo n. 9 ; 2) Rideterminazione dei fondi aziendali in relazione alla nuova dotazione organica; 3) Mobilità e ricollocazione del personale dichiarato in esubero in applicazione dei regolamenti regionali vigenti.</p>	Qualitativo: Obiettivo Raggiunto /Non Raggiunto	PAOS_Uff. 4	

7	Contenimento della spesa del personale		<p>1) Rispetto del limite di spesa per il personale, ivi compreso quello a tempo determinato; 2) Riduzione ricorso a prestazioni sanitarie aggiuntive ex art. 54-55 CCNI, nei limiti previsti e con le modalità disposte da leggi o provvedimenti regionali;</p> <p>3) Riduzione dei fondi contrattuali aziendali.</p>	<p>1a) Costo del personale (senza rinnovi contrattuali); 1b) Costo del personale a tempo determinato; 2) Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive; ; 3) Ridimensionamento fondi contrattuali aziendali.</p>		<p>1a) Costo personale < (Costo 2004-1.4%); 1b) Costo personale t.d. < (50% Costo 2009); 2) Riduzione 80% della spesa per prestazioni aggiuntive sostenuta nell'anno 2009;</p> <p>3) Riduzione fondi in proporzione al personale cessato.</p>	PAOS_Uff. 4
8	Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)		<p>1) Sistema di contabilità separata per l'ALPI; 2) Svolgimento ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'ALPI di cui all'art. 2, co. 1, lett. b) della L. 189/2012; 3) Attuazione adempimenti (sistemi di controllo dei volumi delle prestazioni; tracciabilità dei pagamenti; ridefinizione quote a carico dell'assistito) di cui all'art. 2, co. 1, lett. b-bis), d) ed e) della L. 189/2012; 4) Realizzazione infrastruttura di rete di cui al D.M. 21/2/2013.</p>	<p>Qualitativo - S/NO</p>			PAOS_Uff. 4
9	Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali		<p>a) Rispetto dei parametri standard di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e n. 3008/2012, con conseguente assegnazione di un numero di Strutture Organizzative non superiore a quello previsto nella Tab. 5 allegata alla D.G.R. 3008/2012;</p> <p>b) Adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri standard di cui al punto 1 ed invio degli stessi al competente Servizio PAOS ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.</p>	<p>a) Δ% S.O. (N. Strutt. Organizz. standard - N. Strutt. Organizz. assegnate nell'anno 2013);</p> <p>b) Adozione ed invio atto aziendale - S/NO</p>	<p>a) 80%; b) 20%.</p>	<p>a) Allineamento a standard S.O. >= 99% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 9]</p>	PAOS_Uff. 2
10	Controllo della Spesa protesica (D.M. 332/1999)		<p>1) Riduzione 5% spesa protesica rispetto all'anno 2012; 2) Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica; 3) Avvio procedure di sanificazione degli ausili protesici riacquisiti dall'Azienda ai fini del loro riutilizzo.</p>	<p>1) Δ Sp. - Protes. (Spesa protes. 2012 - Spesa protes. anno di rif.);</p> <p>2) Adozione misure di controllo - S/NO;</p> <p>3) Avvio procedure sanificazione - S/NO.</p>		<p>1) Δ Sp. Prot. (2012-2013) >= 5%</p>	PAOS_Uff. 3
11	Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali	<p>a) Adempimenti relativi al Sistema Tessera Sanitaria</p> <p>b) Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi nazionali e regionali come stabilito dai decreti ministeriali di riferimento e dalla DGR n. 73/2013</p>	<p>a1) Allineamento delle banche dati (assistiti, prescrittori, ricettari);</p> <p>a2) Verifica della qualità dei dati da parte delle strutture private accreditate e delle farmacie.</p>	<p>Per entrambe le azioni (a1 e a2), l'indicatore è tipo quantitativo: la % di disallineamento deve essere inferiore all'1% sulla base degli indicatori forniti dal sistema TS.</p>	<p>Allineamento > 99%</p>	<p>100%</p>	<p>APS_Uff. 2</p> <p>APS_Uff. 2</p>

12	Attuazione programmi di screening		Chiamata attiva al test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: 1) cervicce uterina; 2) mammella	1) % Donne (25-64 anni) che hanno effettuato un pap test negli ultimi 3 anni; 2) % Donne (50-69 anni) che hanno effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni.	1) >=65%; 2) >=60%	Serv. PATP
13	Prevenzione e salute nei luoghi di lavoro	Anti HPV Anti-Pneumococcica Anti-Meningococcica (Men C) Anti-Meningococcica (Men ACYW135) Anti Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella Anti Epatite A	Vigilanza sulle unità produttive 80% ragazze coorte di verifica 2002; 70% ragazze coorte di verifica 1995 95% coorte di verifica 2011; 60% coorti di verifica 1938-1943-1948 95% coorte di verifica 2011 95% coorte di verifica 1998 95% coorti di verifica 2011-2006-1998 80% coorti di verifica 2011-1998	% Copertura per vigilanza sulle unità produttive soggette a controllo Qualitativo - S/NO Qualitativo - S/NO Qualitativo - S/NO Qualitativo - S/NO Qualitativo - S/NO Qualitativo - S/NO	>= 5%	PATP Uff. 1 PATP Uff. 1 PATP Uff. 1 PATP Uff. 1 PATP Uff. 1 PATP Uff. 1 PATP Uff. 1
14	Strategia di vaccinazione					
15	Sanità Veterinaria	Mantenimento standard ministeriali di sanità veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi (O.M. 14/11/2006)	Controllo allevamenti per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina Controllo allevamenti per TBC bovina	1) % Allevamenti controllati per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina; 2) Trend della prevalenza brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina	1) 100%; 2) Prevalenza brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina anno di rif. < prevalenza TBC anno precedente	PATP_Uff. 2 PATP_Uff. 2
16	Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988		Controllo su alimenti per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale Aggiornamento dei flussi informativi nel sistema MIRweb	N. controlli su alimenti % Insterimento in MIRweb delle spese sostenute rispetto alle liquidazioni effettuate	N. controlli su alimenti previsti, per ciascuna ASL, dal Piano Regionale Residui >=90%	PATP_Uff. 2 Serv. PATP

OBIETTIVO n. 1_Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo n. 1	Azioni previste	Indicatore	Peso	Valore normale (g)	Scostamento minimo (f)	Scostamento rilevante ma in miglioramento (e)	Scostamento non accettabile (d)	Dato mancante o palesemente errato (-1)	Formula	Nota per il calcolo
Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera	Contenimento del tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000		<= 160	160 - 180	>180 e non in aumento	>180 e in aumento		(N dimessi/Pop. residente) * 1.000	Tassi standardizzati per età con popolazione italiana al censimento 2001. Ricoveri dei residenti nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza. Fonte SDO. Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani. Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa.
	Incremento dell'appropriatezza a organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario		<=0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione		(N. dimessi con DRG LEA/N. dimessi con DRG non LEA)	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in regime ordinario per le discipline per acuti. Fonte: SDO
	Riduzione del ricorso al parto cesareo	Trasferimento in Day Service dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza Percentuale parti cesarei		>=70%	70%-50%	<50% e in aumento	<50% e non in aumento		N. prestazioni in Day Service/ N. prestazioni in regime di ricovero ord. o diurno (Dimesse con parto cesareo/Totale dimesse per parto) * 100	Fonte: SDO e Specialistica ambulatoriale Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Fonte: SDO. Parti cesarei DRG 370;371 - Totale parti DRG 370;371;372;373;374;375.
Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Miglioramento del tasso di ospedalizzazione	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)		>= 50%	40% - 50%	< 40% e in aumento	< 40% e non in aumento		Casi con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi) / Numero dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per le discipline per acuti. Sono da escludere i trasferiti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO

OBIETTIVO n. 4_ Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale.</p>	<p>a) Razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; b) Definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle UU.OO. ; c) Preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; d) Razionalizzazione logistica dei magazzini; e) Controllo su MMG e PLS di aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale (es. compilazione schede monitoraggio statine, sartani, piani terapeutici, etc.).</p>	<p>1) Spesa farmaceutica ospedaliera 2013 (Fonte: C.E.); 2) Spesa farmaceutica territoriale 2013 (Fonte: C.E.).</p>	<p>1) 50%; 2) 50%</p>	<p>1) Riduzione 70% gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera aziendale anno 2012 e 3,5% previsto dalla legge; 2) Riduzione 70% gap Spesa Farmaceutica Territoriale aziendale anno 2012 e 11,35% previsto dalla legge.</p>	<p>1) La valutazione della SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA avverrà secondo i seguenti step: A) Spesa farmac. osp. reg. attesa=3,5% Fondo SSR; B) Spesa farmac. osp. reg. attesa per punto DRG* = Spesa farmac. osp. reg. attesa/Valorizzaz. produz. ospedali pubblici SSR in punti DRG; C) Spesa farmac. osp. aziend. effettiva per punto DRG=Spesa farmac. osp. aziend. effettiva/Valorizzaz. produz. aziendale in punti DRG. Si procederà quindi alla valutazione, per l'anno 2013, dello scostamento tra spesa farmaceutica ospedaliera effettiva per punto DRG (punto C) e spesa farmaceutica ospedaliera attesa per punto DRG (punto B). L'obiettivo si intenderà raggiunto se, nell'anno 2013, la riduzione del gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera effettiva aziendale per punto DRG anno 2012 e la spesa farmac. osp. attesa per punto DRG è >=70% ; l'obiettivo si intenderà parzialmente raggiunto se la riduzione del predetto gap è compresa tra il 40% ed il 70% ; l'obiettivo si intenderà infine non raggiunto se la riduzione del medesimo gap è <=40% . [*Per la nozione di punto DRG si rinvia al D.M. 18/12/2008 - "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere "]</p>
					<p>2) La valutazione della SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE avverrà secondo i seguenti step: A) Spesa farmac. territ. reg. attesa=11,35% Fondo SSR; B) Spesa farmac. territ. reg. attesa pro-capite=Spesa farmac. territ. reg. attesa/Popolaz. regionale; C) Spesa farmac. territ. attesa aziendale=Spesa farmac. territ. reg. attesa pro-capite*Popolaz. aziendale (DIEF 2012). Si procederà quindi alla valutazione, per l'anno 2013, dello scostamento tra spesa farmaceutica territoriale effettivamente sostenuta dall'Azienda e spesa farmaceutica territoriale attesa aziendale di cui al punto C). L'obiettivo si intenderà raggiunto se, nell'anno 2013, la riduzione del gap tra Spesa Farmaceutica Territoriale effettiva aziendale anno 2012 e Spesa farmac. territ. attesa aziendale è >=70% ; l'obiettivo si intenderà parzialmente raggiunto se la riduzione del predetto gap è compresa tra il 40% ed il 70% ; l'obiettivo si intenderà infine non raggiunto se la riduzione del medesimo gap è <=40% .</p>

OBIETTIVO n. 5_Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Semplificazione delle procedure amministrativo-contabili per la gestione dei rapporti con i fornitori e riduzione dei tempi di pagamento.</p>	<p>1) Implementazione di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale del ciclo passivo; 2) Allineamento tempi di pagamento fornitori a quelli previsti dalla normativa vigente.</p>	<p>1) Qualitativo - S/NO ; 2a) Debito verso fornitori anno 2013 (Fonte: S.P.); 2b) Tempo pagamento fornitori anno 2013 (Fonte: Assobiomedica).</p>	<p>1) 20%; 2) 80%</p>	<p>2a) Riduzione 50% debito verso fornitori anno 2012 ; 2b) Riduzione 60% gap tra tempo di pagamento dei fornitori aziendale anno 2012 e tempo previsto dalla legge.</p>	<p>Per l'indicatore n. 2a) sarà adoperata la seguente metodologia di valutazione: Riduzione debito >=50% - Obiettivo raggiunto; Riduzione debito compresa tra il 25% ed il 50% - Obiettivo parzialmente raggiunto; Riduzione gap <=25% - Obiettivo non raggiunto ; Per l'indicatore n. 2b) sarà adoperata la seguente metodologia di valutazione: Riduzione gap >=60% - Obiettivo raggiunto; Riduzione gap compresa tra il 30% ed il 60% - Obiettivo parzialmente raggiunto; Riduzione gap <=30% - Obiettivo non raggiunto.</p>

OBIETTIVO n. 9_Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali</p>	<p>a) Rispetto dei parametri standard di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e n. 3008/2012, con conseguente assegnazione di un numero di Strutture Organizzative non superiore a quello previsto nella Tab. 5 allegata alla D.G.R. 3008/2012; b) Adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri standard di cui alla lett. a) ed invio degli stessi al competente Servizio PAOS ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.</p>	<p>a) $\Delta\%$ S.O. (N. Strutt. Organizz. assegnate nell'anno 2013); b) Adozione ed invio atto aziendale - SI/NO</p>	<p>a) 80%; b) 20%.</p>	<p>a) Allineamento a standard S.O. $\geq 99\%$</p>	<p>Con riferimento all'azione/indicatore sub. a), attese le modalità di calcolo degli standard adoperate per l'Allegato alla D.G.R. 3008/2012 (recanti due cifre decimali, con conseguente approssimazione per eccesso o per difetto all'unità), si precisa che l'obiettivo si intenderà raggiunto anche con lo scostamento di n. 1 unità rispetto allo standard per ciascuna struttura organizzativa (SC, SS, COORD, PO).</p>

ALL. 2

OBIETTIVI GESTIONALI ANNUALI ATTRIBUITI AI DIRETTORI GENERALI DELLE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE DEL S.S.R. - Anno 2013

N.	Obiettivo	Sotto-obiettivi (eventuali)	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Serv./Uff. compet.
1	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera		Contenimento del tasso di ospedalizzazione Incremento dell'appropriatezza organizzativa	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 1) Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario; 2) %DRG ad alto rischio di inappropriatezza trasferiti in Day Service, ai sensi delle DD. GG. RR. n. 433/2011, 2863/2011 e 1789/2012; 3) Potenziamento UVAR aziendale e relativi controlli.		<= 160 [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1] Azione n. 1): <=0,32 ; Azione n. 2): >70%; Azione n. 3) : Potenziamento controlli UVAR - S/NO [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	PAOS Uff. 3/ARES
			Riduzione del ricorso al parto cesareo	% Parti cesarei		<35% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	
			Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	% Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)		>= 50% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 1]	
2	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.		a) Razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; b) Definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle UU.OO. ; c) Preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; d) Razionalizzazione logistica dei magazzini.	Spesa farmaceutica ospedaliera 2013 (Fonte: C.E.).		1) Riduzione 70% gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera aziendale anno 2012 e 3,5% previsto dalla legge [V. dettaglio metod. Ob. n. 2]	PATP_Uff. 3

3	Semplificazione delle procedure amministrativo-contabili per la gestione dei rapporti con i fornitori e riduzione dei tempi di pagamento.		1) Implementazione di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale del ciclo passivo; 2) Allineamento tempi di pagamento fornitori a quelli previsti dalla normativa vigente.	1) Qualitativo - S/NO ; 2a) Debito verso fornitori anno 2013 (Fonte: S.P.); 2b) Tempo pagamento fornitori anno 2013 (Fonte: Assobiomedica).	1) 20%; 2) 80%	2a) Riduzione 50% debito verso fornitori anno 2012 ; 2b) Riduzione 60% gap tra tempo di pagamento dei fornitori aziendale anno 2012 e tempo previsto dalla legge [V. dettaglio metodol. Ob. n. 3]	GAF
4	Rideterminazione dotazione organica		1) Rideterminazione della dotazione organica in osservanza della rete ospedaliera e dei parametri standard relativi alle strutture organizzative di cui all'obiettivo n. 9 ; 2) Rideterminazione dei fondi aziendali in relazione alla nuova dotazione organica; 3) Mobilità e ricollocazione del personale dichiarato in esubero in applicazione dei regolamenti regionali vigenti.	Qualitativo: Obiettivo Raggiunto /Non Raggiunto			PAOS_Uff. 4
5	Contenimento della spesa del personale		1) Rispetto del limite di spesa per il personale, ivi compreso quello a tempo determinato; 2) Riduzione ricorso a prestazioni sanitarie aggiuntive ex artt. 54-55 CCNL nei limiti previsti e con le modalità disposte da leggi o provvedimenti regionali; 3) Riduzione dei fondi contrattuali aziendali.	1a) Costo del personale (senza rinnovi contrattuali); 1b) Costo del personale a tempo determinato; 2) Riduzione spesa per prestazioni aggiuntive ; 3) Ridimensionamento fondi contrattuali aziendali.		1a) Costo personale < (Costo 2004-1.4%); 1b) Costo personale t.d. < (50% Costo 2009); 2) Riduzione 80% della spesa per prestazioni aggiuntive sostenuta nell'anno 2009; 3) Riduzione fondi in proporzione al personale cessato.	PAOS_Uff. 4
6	Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)		1) Sistema di contabilità separata per l'ALPI; 2) Svolgimento ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'ALPI di cui all'art. 2, co. 1, lett. b) della L. 189/2012; 3) Attuazione adempimenti (sistemi di controllo dei volumi delle prestazioni; tracciabilità dei pagamenti; ridefinizione quote a carico dell'assistito) di cui all'art. 2, co. 1, lett. b-bis), d) ed e) della L. 189/2012; 4) Realizzazione infrastruttura di rete di cui al D.M. 21/2/2013.	Qualitativo - S/NO			PAOS_Uff. 4

7	Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali	<p>a) Rispetto dei parametri standard di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e n. 3008/2012, con conseguente assegnazione di un numero di Strutture Organizzative non superiore a quello previsto nella Tab. 5 allegata alla D.G.R. 3008/2012;</p> <p>b) Adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri standard di cui al punto 1 ed invio degli stessi al competente Servizio PAOS ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.</p>	<p>a) Δ% S.O. (N. Strutt. Organizz. standard - N. Strutt. Organizz. assegnate nell'anno 2013);</p> <p>b) Adozione ed invio atto aziendale - S/NO</p>	<p>a) 80%;</p> <p>b) 20%.</p>	<p>a) Allineamento a standard S.O. >= 99% [V. dettaglio metodol. Ob. n. 7]</p>	PAOS_Uff. 2
8	Rispetto delle disposizioni normative ed amministrative in materia di Sanità Elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali	<p>a) Adempimenti relativi al Sistema Tessera Sanitaria</p> <p>b) Rispetto delle tempistiche di invio dei flussi informativi nazionali e regionali come stabilito dai decreti ministeriali di riferimento e dalla DGR n. 73/2013</p>	<p>La % di disallineamento deve essere inferiore all'1% sulla base degli indicatori forniti dal sistema TS.</p>	<p>La % di disallineamento deve essere inferiore all'1% sulla base degli indicatori forniti dal sistema TS.</p>	<p>Allineamento > 99%</p>	APS_Uff. 2
9	Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988	<p>Invio dei dati ai sistemi informativi sanitari regionali e nazionali con le modalità ed entro i termini prestabiliti.</p> <p>Aggiornamento dei flussi informativi nel sistema MIRweb</p>	<p>% Flussi correttamente inviati entro termine</p>	<p>% Flussi correttamente inviati entro termine</p>	<p>100%</p>	APS_Uff. 2
			<p>% Insterimento in MIRweb delle spese sostenute rispetto alle liquidazioni effettuate</p>	<p>>=90%</p>		Serv. PATP

OBIETTIVO n. 1_ Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo n. 1	Azioni previste	Indicatore	Peso	Valore normale (9)	Scostamento minimo (6)	Scostamento rilevante in miglioramento (3)	Scostamento non accettabile (0)	Dato mancante o palesemente errato (-1)	Formula	Nota per il calcolo
Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera	Contenimento del tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000		<= 160	160 - 180	>180 e non in aumento	>180 e in aumento		$(N \text{ dimessi/Pop. residente}) * 1.000$	Tassi standardizzati per età con popolazione italiana al censimento 2001. Ricoveri dei residenti nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza. Fonte SDO. Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani. Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa.
	Incremento dell'appropriatezza a organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario		<=0,32	0,32 - 0,39	> 0,39 e in diminuzione	> 0,39 e non in diminuzione		$(N \text{ dimessi con LEA} / N \text{ dimessi con DRG non LEA})$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in regime ordinario per le discipline per acuti. Fonte: SDO
Riduzione del ricorso al parto cesareo	Incremento dell'appropriatezza a organizzativa	Trasferimento in Day Service dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza		>=70%	70%-50%	<50% e in aumento	<50% e non in aumento		$N \text{ prestazioni in Day Service} / N \text{ prestazioni in regime di ricovero ord. o diurno}$	Fonte: SDO e Specialistica ambulatoriale
	Riduzione del ricorso al parto cesareo	Percentuale parti cesarei		<35%	35-40%	>40% e in diminuzione	>40% e non in diminuzione		$(\text{Dimesse con parto cesareo} / \text{Totale dimesse per parto}) * 100$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Fonte: SDO. Parti cesarei DRG 370;371 - Totale parti DRG 370;371;372;373;374;375.
	Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)		>= 50%	40% - 50%	< 40% e in aumento	< 40% e non in aumento		$\text{Casi con diagnosi principale di frattura del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi)} / \text{Numero dimissioni con diagnosi principale di frattura del femore}$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per le discipline per acuti. Sono da escludere i trasferiti, i decessi e le dimissioni volontarie. Fonte: SDO

OBIETTIVO n. 2_ Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera.</p>	<p>a) Razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; b) Definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle UU.OO. ; c) Preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; d) Razionalizzazione logistica dei magazzini.</p>	<p>Spesa farmaceutica ospedaliera 2013 (Fonte: C.E.).</p>	<p>Riduzione 70% gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera aziendale anno 2012 e 3,5% previsto dalla legge.</p>	<p>1) La valutazione della SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA avverrà secondo i seguenti step: A) Spesa farmac. osp. reg. attesa=3,5% Fondo SSR; B) Spesa farmac. osp. reg. attesa per punto DRG* = Spesa farmac. osp. reg. attesa/Valorizzaz. produz. ospedali pubblici SSR in punti DRG; C) Spesa farmac. osp. aziend. effettiva per punto DRG=Spesa farmac. osp. aziend. effettiva/Valorizzaz. produz. aziendale in punti DRG. Si procederà quindi alla valutazione, per l'anno 2013, dello scostamento tra spesa farmaceutica ospedaliera effettiva per punto DRG (punto C) e spesa farmaceutica ospedaliera attesa per punto DRG (punto B). <u>L'obiettivo si intenderà raggiunto se, nell'anno 2013, la riduzione del gap tra Spesa Farmaceutica Ospedaliera effettiva aziendale per punto DRG anno 2012 e la spesa farmac. osp. attesa per punto DRG è >= 70% ; l'obiettivo si intenderà parzialmente raggiunto se la riduzione del predetto gap è compresa tra il 40% ed il 70% ; l'obiettivo si intenderà infine non raggiunto se la riduzione del medesimo gap è <=40% .</u> [* Per la nozione di punto DRG si rinvia al D.M. 18/12/2008 - "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di ammissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere "]</p>

OBIETTIVO n. 3_Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Semplificazione delle procedure amministrativo-contabili per la gestione dei rapporti con i fornitori e riduzione dei tempi di pagamento.</p>	<p>1) Implementazione di sistemi informativi che consentano la gestione ottimale del ciclo passivo; 2) Allineamento tempi di pagamento fornitori a quelli previsti dalla normativa vigente.</p>	<p>1) Qualitativo - SI/NO ; 2a) Debito verso fornitori anno 2013 (Fonte: S.P.); 2b) Tempo pagamento fornitori anno 2013 (Fonte: Assobiomedica).</p>	<p>1) 20%; 2) 80%</p>	<p>2a) Riduzione 50% debito verso fornitori anno 2012 ; 2b) Riduzione 60% gap tra tempo di pagamento dei fornitori aziendale anno 2012 e tempo previsto dalla legge.</p>	<p>Per l'indicatore n. 2a) sarà adoperata la seguente metodologia di valutazione: Riduzione debito >=50% - Obiettivo raggiunto; Riduzione debito compresa tra il 25% ed il 50% Obiettivo parzialmente raggiunto; Riduzione gap <=25% - Obiettivo non raggiunto ; Per l'indicatore n. 2b) sarà adoperata la seguente metodologia di valutazione: Riduzione gap >=60% - Obiettivo raggiunto; Riduzione gap compresa tra il 30% ed il 60% - Obiettivo parzialmente raggiunto; Riduzione gap <=30% - Obiettivo non raggiunto.</p>

OBIETTIVO n. 7_ Dettaglio metodologia per la valutazione.

Obiettivo	Azioni Previste	Indicatore/i	Peso	Risultato atteso	Metodologia di valutazione
<p>Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali</p>	<p>a) Rispetto dei parametri standard di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e n. 3008/2012, con conseguente assegnazione di un numero di Strutture Organizzative non superiore a quello previsto nella Tab. 5 allegata alla D.G.R. 3008/2012; b) Adozione atti aziendali nel rispetto dei parametri standard di cui alla lett. a) ed invio degli stessi al competente Servizio PAOS ai fini dell'approvazione da parte della Giunta Regionale.</p>	<p>a) Δ% S.O. (N. Strutt. Organizz. standard - N. Strutt. Organizz. assegnate nell'anno 2013); b) Adozione ed invio atto aziendale - SI/NO</p>	<p>a) 80%; b) 20%.</p>	<p>a) Allineamento a standard S.O. >= 99%</p>	<p>Con riferimento all'azione/indicatore sub. a), attese le modalità di calcolo degli standard adoperate per l'Allegato alla D.G.R. 3008/2012 (recanti due cifre decimali, con conseguente approssimazione per eccesso o per difetto all'unità), si precisa che l'obiettivo si intenderà raggiunto anche con lo scostamento di n. 1 unità rispetto allo standard per ciascuna struttura organizzativa (SC, SS, COORD, PO).</p>

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 789

Requisiti e procedure per la nomina a Direttore generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia - Modifica dell'Intesa Regione-Università del 02/12/2011 ai sensi dell'art. 4, co. 1, lett. a) della Legge n. 189/2012. Approvazione.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Responsabile P.O. "Costituzione, organizzazione e verifica organi Aziende ed Enti SSR", confermata dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali di concerto con il Dirigente dell'Ufficio Risorse Umane ed Aziende Sanitarie, nonché dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica, riferisce quanto segue.

Il D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", con riferimento alla nomina dei direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere del S.S.N., all'art. 3-bis, comma 3, stabilisce che:

"Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Diploma di laurea;
- b) Esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso".

Il D.L. n. 512/1994, convertito in L. 590/1994, ha inoltre previsto che la nomina dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere venga effettuata dalle singole Regioni, previa predisposizione di apposito avviso pubblico e conseguente approvazione di un Albo regionale di idonei, come stabilito all'art. 1, co. 1, di seguito riportato:

"Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo avviso da pubblicarsi almeno

trenta giorni prima nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, nominano i direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere tra coloro che ne abbiano inoltrato domanda. La domanda deve contenere la dichiarazione del candidato di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui ai commi 9 e 11 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni".

Con specifico riferimento alla nomina dei direttori generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, è successivamente intervenuto il D.Lgs. n. 517/1999, prevedendo all'art. 4, comma 2, che: "Il direttore generale è nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'università (...) I requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, sono quelli stabiliti nell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; ai direttori generali si applicano gli articoli 3 e seguenti del medesimo decreto legislativo, ove non derogati dal presente decreto".

Successivamente, l'art. 24 della Legge Regionale n. 4 del 25 febbraio 2010 ha introdotto nuove modalità e procedure per la nomina dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo che il competente Servizio dell'Assessorato alle Politiche della Salute predisponga ed aggiorni annualmente un elenco regionale dei candidati idonei per titoli alla nomina di Direttore generale (co. 1); che la Giunta regionale disciplini, con apposito provvedimento, le modalità di emanazione degli avvisi pubblici finalizzati all'aggiornamento annuale dell'elenco di cui al comma 1, i criteri metodologici per la verifica del possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-bis, comma 4, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., ai fini dell'inserimento nel suddetto elenco dei candidati idonei sulla base dei titoli posseduti (co. 3); che sulla base dell'elenco di cui al co. 1, una Commissione appositamente nominata dalla Giunta Regionale (co. 4) predisponga, a seguito di idonea valutazione, un elenco regionale dei candidati idonei per titoli e colloquio alla nomina di Direttore generale delle Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale (co. 6); che l'individuazione dei Direttori generali della ASL e delle AOU del SSR venga effettuata dalla Giunta Regionale attingendo al predetto elenco dei candidati idonei per titoli e colloquio di cui al co. 6.

Tuttavia, il successivo comma 12-bis dello stesso art. 24 L.R. 4/2010 - come novellato dall'art. 1, co. 1, lettera b) della L.R. 16 novembre 2010, n. 17 - ha disciplinato in modo specifico la nomina del Direttore generale delle Aziende ospedaliero-universitarie, stabilendo che la stessa "è effettuata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio

2001 (Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59) e dell'articolo 4 del Reg. reg. 18 luglio 2008, n. 13 (Disposizioni regolamentari per la disciplina delle aziende ospedaliero-universitarie della regione Puglia ai sensi del D.Lgs. 517/1999), prevedendosi l'acquisizione dell'intesa con il rettore dell'Università".

La Corte Costituzionale però, nell'ambito del giudizio di legittimità promosso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sul predetto art. 24 della L.R. 4/2010 s.m.i., con sentenza n. 68/2011 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dei commi 1 e 3 del citato art. 24 L.R. 4/2010 nella parte in cui non prevedevano un rinvio a Protocolli d'intesa tra Università e Regione per la definizione dei criteri metodologici per l'individuazione della rosa dei candidati idonei, sulla base dei titoli posseduti, alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La Giunta Regionale, pertanto, con Deliberazione n. 432 del 10/3/2011, ha ottemperato alla citata sentenza della Corte Costituzionale, rettificando tutti gli atti relativi al procedimento per la formazione del predetto elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti SSR ed escludendone la validità con riferimento ai Direttori generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, per cui si rinviava ad un successivo provvedimento da emanarsi ad avvenuta definizione, nell'ambito di apposito protocollo d'intesa Regione/Università, dei criteri metodologici per

l'individuazione dei candidati idonei alla nomina sulla base dei requisiti posseduti.

Le Commissioni paritetiche Regione/Università di Bari e di Foggia - istituite dalla Giunta regionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 e 4, della L.R. n. 36/1994 s.m.i. - nella seduta congiunta del 9 giugno 2011 hanno quindi sottoscritto, nelle more dell'approvazione dei nuovi Protocolli d'intesa per la disciplina dell'integrazione delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, un'Intesa concernente la definizione dei requisiti di idoneità alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia.

Conseguentemente la Giunta Regionale con deliberazione n. 1395 del 24/6/2011 ha approvato, a stralcio dei redigenti Protocolli d'Intesa tra Regione ed Università degli Studi di Bari e di Foggia, la citata Intesa, sottoscritta nella seduta del 9 giugno 2011 dalle rispettive Commissioni paritetiche Regione/Università e concernente la definizione dei requisiti necessari per la formazione dell'elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia nonché la definizione delle procedure relative all'acquisizione dell'intesa con il Rettore dell'Università interessata.

Con la stessa D.G.R. n. 1395/2011 la Giunta Regionale ha altresì disposto che la predetta Intesa fosse sottoposta alla sottoscrizione del Presidente della Giunta Regionale e dei Rettori delle Università degli Studi di Bari e Foggia.

In data 2 dicembre 2011, il Presidente della Regione Puglia ed i Rettori delle Università di Bari e Foggia hanno quindi sottoscritto la "Intesa tra la Regione Puglia e le Università degli Studi di Bari e di Foggia per la definizione dei requisiti e della procedura di nomina a Direttore generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia", giusta nota della Segreteria Particolare del Presidente della Giunta Regionale prot. n. 5644/SP del 6/12/2011.

La Giunta Regionale, pertanto, con la D.G.R. n. 733 del 23/4/2012 ha approvato lo schema di avviso pubblico per la formazione dell'elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del Servizio Sanitario Regionale, elaborato sulla base dei requisiti e delle procedure di nomina stabilite nella pre-

detta Intesa Regione/Università del 2/12/2011, e con la successiva D.G.R. n. 1790 dell'11/9/2012 ha approvato l'elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Tuttavia, con la recente approvazione del D.L. n. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012, sono state introdotte importanti modifiche al D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. relative, fra l'altro, ai requisiti ed alle procedure per la nomina dei direttori generali delle Aziende ed Enti del SSR.

In particolare, l'art. 4, comma 1, lett. a) della predetta L. 189/2012 ha sostituito il comma 3 dell'art. 3-bis del D.Lgs. n. 502/92 come di seguito: "La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito Internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie".

La novella introdotta dall'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012 indica in via generale i requisiti e le procedure per la nomina dei Direttori generali di tutte le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, facendo peraltro riferimento ad un unico "elenco regionale di idonei" - evidentemente comune a tutte le Aziende ed Enti del SSR - in alternativa al quale si potrà fare ricorso agli "analoghi

elenchi delle altre regioni", che comunque non prevedono distinzioni fra Direttori generali delle ASL, delle AOU e degli IRCCS pubblici.

È stato pertanto predisposto e sottoscritto dai componenti delle Commissioni Paritetiche Regione Puglia/Università degli Studi di Bari e Foggia, nella seduta congiunta dell'11 marzo 2013, l'atto di modifica della citata Intesa Regione-Università del 2/12/2011, recante definizione dei requisiti e delle procedure per la nomina a Direttore generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Regione Puglia in adeguamento al disposto dell'art. 4, co. 1, lett. a) della L. n. 189/2012: tale nuovo atto di Intesa prevede, in adeguamento alla citata normativa nazionale, una riunificazione del procedimento di selezione pubblica per la costituzione ed aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia, ferma restando l'intesa con il Rettore per la nomina del direttore generale di Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Tale nuova Intesa Regione-Università dell'11/3/2013, intervenuta a modifica della precedente Intesa del 2/12/2011, è stata ufficialmente trasmessa dall'Assessore alle Politiche della Salute ai Rettori delle Università degli Studi di Bari e Foggia con nota prot. AOO_151-2877 del 14/3/2013.

Tanto premesso, si propone alla Giunta Regionale l'approvazione del nuovo atto di Intesa Regione-Università dell'11/3/2013 in materia di definizione dei requisiti e delle procedure per la nomina dei Direttori generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria della Regione Puglia, allegato al presente schema di provvedimento quale parte integrante e sostanziale, in adeguamento all'art. 4, co. 1, lett. a) della Legge n. 189/2012 e dando atto che tale atto di Intesa sostituisce integralmente la precedente Intesa del 2/12/2011.

Si fa presente, al riguardo, che è stato recentemente presentato dalla Giunta Regionale apposito disegno legge (D.D.L. n. 3 del 7/3/2013, ad oggetto "Modifiche agli artt. 24 e 25 della Legge regionale n. 4/2010 s.m.i.") volto ad adeguare l'art. 24 della L.R. n. 4/2010 s.m.i. alla novellata disciplina normativa nazionale di cui all'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012 innanzi citata, riunificando il procedimento di selezione pubblica per la costituzione

ed aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia, pur mantenendo ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del direttore generale di Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Il predetto disegno di legge, assegnato alla competente III Commissione del Consiglio Regionale in data 8/3/2013, è attualmente in attesa di essere preso in esame da parte di quest'ultima.

L'approvazione di tale Disegno di legge da parte del Consiglio Regionale, ed il conseguente adeguamento del disposto normativo regionale a quello nazionale di cui alla L. 189/2012, si configurano infatti come pre-condizione affinché la Giunta Regionale possa procedere all'approvazione di un nuovo avviso pubblico per la formazione di un elenco unico dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del S.S.R. in conformità alla predetta L. 189/2012.

Copertura finanziaria L.R. 28/2001

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 competenza della Giunta regionale a norma dell'art. 4, co. 4, lettera 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;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile P.O., dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali, dal Dirigente dell'Ufficio Risorse Umane ed Aziende Sanitarie e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- Di approvare il nuovo atto di Intesa Regione-Università dell'11/3/2013 in materia di definizione dei requisiti e delle procedure per la nomina dei Direttori generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria della Regione Puglia, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, in adeguamento all'art. 4, co. 1, lett. a) della Legge n. 189/2012;
- Di dare atto che l'Intesa approvata con il presente provvedimento sostituisce integralmente la precedente Intesa sottoscritta dal Presidente della Giunta Regionale e dai Rettori delle Università degli Studi di Bari e Foggia in data 2 dicembre 2011;
- Di disporre che l'Intesa, così come formulata nell'allegato al presente atto giuntale, sia sottoposta alla sottoscrizione - nelle forme di rito - da parte del Presidente della Giunta Regionale e dei Rettori delle Università degli Studi di Bari e Foggia;
- Di dare mandato all'Ufficio Rapporti Istituzionali, di concerto con l'Ufficio Risorse Umane ed Aziende Sanitarie del Servizio programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, per l'espletamento degli adempimenti conseguenti all'adozione del presente provvedimento.
- Di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente



REGIONE PUGLIA

**Area Politiche per la Promozione della Salute delle persone e delle pari opportunità
Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica
Ufficio 2 - Rapporti Istituzionali**

**REQUISITI E PROCEDURE PER LA NOMINA A DIRETTORE GENERALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE DELLA REGIONE PUGLIA.
MODIFICA DELL'INTESA REGIONE-UNIVERSITA' DEL 2/12/2011 AI SENSI DELL'ART. 4, CO. 1, LETT. a) DELLA LEGGE N. 189/2012.**

Il D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i., recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", con riferimento alla nomina dei direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere del S.S.N., all'art. 3-bis, comma 3, stabilisce che:

"Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Diploma di laurea;*
- b) Esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso".*

Il D.L. n. 512/1994, convertito in L. 590/1994, ha inoltre previsto che la nomina dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere venga effettuata dalle singole Regioni, previa predisposizione di apposito avviso pubblico e conseguente approvazione di un Albo regionale di idonei, come stabilito all'art. 1, co. 1, di seguito riportato:

"Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo avviso da pubblicarsi almeno trenta giorni prima nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, nominano i direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere tra coloro che ne abbiano inoltrato domanda. La domanda deve contenere la dichiarazione del candidato di non trovarsi in alcuna delle condizioni di cui ai commi 9 e 11 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni".

Con specifico riferimento alla nomina dei direttori generali delle Aziende Ospedaliere-Universitarie, è successivamente intervenuto il D.Lgs. n. 517/1999, prevedendo all'art. 4, comma 2, che:

"Il direttore generale e' nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'universita' (...) I requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, sono quelli stabiliti nell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; ai direttori generali si applicano gli articoli 3 e seguenti del medesimo decreto legislativo, ove non derogati dal presente decreto".

Successivamente, la L.R. 4/2010 ha dettagliatamente definito, all'art. 24, le modalità e procedure per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale come di seguito:

- "1. È istituito l'elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di direttore generale delle aziende e istituti del servizio sanitario della Regione Puglia.*
- 2. L'elenco di cui al comma 1 è predisposto e aggiornato annualmente a cura del competente servizio dell'Assessorato alle politiche della salute.*

3. La Giunta regionale disciplina, con apposito provvedimento, le modalità di emanazione degli avvisi pubblici finalizzati all'aggiornamento annuale dell'elenco di cui al comma 1, i criteri metodologici per la verifica del possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-bis, comma 4, del D.Lgs. 502/1992, come modificato dall'articolo 8 del D.Lgs. 254/2000, ai fini dell'inserimento nel suddetto elenco dei candidati idonei, sulla base dei titoli posseduti.

4. La Giunta regionale nomina annualmente una Commissione, che effettua la valutazione degli aspiranti alla nomina di direttore generale, che resta in carica fino alla sua sostituzione ed è composta da tre membri, riconfermabili per non più di due volte:

a) un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.);

b) un docente di diritto amministrativo o di economia aziendale designato dalla Conferenza dei rettori delle università degli studi di Puglia;

c) un esperto di management sanitario designato dall'Assessore alle politiche della salute.

5. La Commissione di cui al comma 4 effettua la valutazione dei candidati sulla base dei titoli posseduti e di un colloquio finalizzato a valutare le attitudini, le conoscenze e competenze dei candidati in materia di diritto, economia e management delle strutture sanitarie e socio – sanitarie.

6. La Commissione, in base alle valutazioni, riportate in apposito verbale, predispone l'elenco di candidati risultati idonei alla nomina di direttore generale delle ASL, delle AOU e degli istituti pubblici del SSR.

7. I candidati che in sede di colloquio dovessero risultare non idonei possono essere riammessi alla valutazione nell'anno successivo, contestualmente ai candidati iscritti nell'elenco di cui al comma 1, a condizione del mantenimento dei requisiti prescritti dall'avviso pubblico di riferimento.

8. La Commissione di cui al comma 4 trasmette il verbale dei lavori al Presidente della Giunta regionale e all'Assessore alle politiche della salute.

9. La Giunta regionale recepisce, con proprio provvedimento, l'esito dei lavori della Commissione e approva l'elenco dei candidati risultati idonei per titoli e colloquio di cui al comma 6.

10. I candidati idonei alla nomina di direttore generale hanno l'obbligo di partecipare a un corso di formazione manageriale organizzato dall'Organismo regionale per la formazione in sanità della Regione Puglia in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

11. L'individuazione dei direttori generali delle ASL e delle AOU del SSR è effettuata dalla Giunta regionale attingendo dall'elenco dei candidati risultati idonei dalla valutazione della Commissione di cui al comma 6 e in possesso del certificato di superamento del corso di formazione di cui al comma 10.

12. La successiva nomina del direttore generale è effettuata dalla Giunta regionale previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria locale, del parere del Consiglio regionale della Puglia, da rilasciarsi entro trenta giorni dalla data della richiesta, e del parere del Comitato consultivo misto dell'azienda sanitaria, di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come da ultimo modificato dall'articolo 12 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e all'articolo 6 della legge regionale 3 agosto 2006, n. 25 (Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale), fatto salvo comunque il carattere fiduciario della nomina. Per esprimere il parere di cui al presente comma, il Comitato consultivo misto aziendale è convocato dall'Assessore alle politiche della salute.

12-bis. La nomina del direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie è effettuata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2001 (Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59), e dell'articolo 4 del Reg. reg. 18 luglio 2008, n. 13 (Disposizioni regolamentari per la disciplina delle aziende ospedaliero-universitarie della regione Puglia ai sensi del D.Lgs. 517/1999), prevedendosi l'acquisizione dell'intesa con il rettore dell'Università.

13. I direttori generali già in carica alla data di entrata in vigore della presente legge e i direttori nominati nell'anno 2010 e che, comunque, per motivi temporali non possono rientrare nel percorso formativo di cui alla presente legge, su esplicita richiesta da inoltrare all'Assessorato alle politiche della salute, possono partecipare al corso di formazione manageriale organizzato dall'Organismo di formazione professionale in sanità.

14. Resta fermo l'obbligo per i direttori generali di cui al comma 13 di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione sanitaria, di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. 502/1992, come inserito dall'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. 229/1999 e da ultimo modificato dal comma 24-nonies dell'articolo 1 del decreto legge 18 maggio 2006, n. 181, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2006, n. 233, organizzato da altri enti, pena la decadenza automatica dall'incarico.

15. Il provvedimento finale di nomina a direttore generale è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione e sul sito istituzionale della Regione Puglia.

16. Sono abrogate le precedenti norme regionali in materia di nomina dei direttori generali delle ASL e delle AOU".

La Corte Costituzionale tuttavia, con sentenza n. 68/2011, ha dichiarato - con specifico riferimento alle Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR - l'illegittimità costituzionale dell'art. 24, commi 1 e 3, della Legge Regionale della Puglia n. 4/2010 nella parte in cui non prevede un rinvio a protocolli di intesa tra Università e Regione per la definizione dei criteri metodologici per l'individuazione della rosa dei candidati idonei, sulla base dei titoli posseduti, alla nomina di Direttore generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Al fine di ottemperare alla citata sentenza della Corte Costituzionale n. 68/2011, la Regione Puglia ha proceduto:

- Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 432 del 10/3/2011 alla rettifica di tutti gli atti relativi al procedimento per la formazione dell'elenco di candidati idonei per titoli e colloquio alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti SSR, escludendone la validità con riferimento alla nomina dei Direttori generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- Con Intesa Regione Puglia/Università degli Studi di Bari e Foggia del 2/12/2011 alla definizione dei requisiti e delle procedure per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR;
- Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1790 dell'11/9/2012 alla conseguente approvazione dello specifico elenco dei candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR.

Con la recente approvazione del D.L. n. 158/2012, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012, sono state introdotte tuttavia importanti modifiche al D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. relative, fra l'altro, ai requisiti ed alle procedure per la nomina dei direttori generali delle Aziende ed enti del SSR.

In particolare, l'art. 4, comma 1, lett. a) della predetta L. 189/2012 ha sostituito il citato comma 3 dell'art. 3-bis del D.Lgs. n. 502/92 come di seguito:

"La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito Internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai

curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie".

La nuova disciplina in materia di nomina dei direttori generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. innanzi richiamata modifica parzialmente i requisiti fino a questo momento richiesti ai fini dell'idoneità alla predetta nomina e le relative procedure, prevedendo tra l'altro:

- Aggiornamento almeno biennale degli elenchi regionali dei candidati idonei alla nomina;
- Possesso, ai fini dell'idoneità alla predetta nomina, di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie o settennale (non più quinquennale) negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione;
- Eliminazione della previsione dell'art. 3-bis, co. 3, lett. b) del D.Lgs. 502/1992 in base alla quale l'esperienza di direzione, ai fini dell'idoneità alla nomina, doveva essere "svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso";
- Attribuzione dei compiti di selezione dei candidati idonei ad apposita Commissione, nominata dalla Giunta Regionale, che dovrà effettuare la verifica del possesso dei requisiti richiesti dall'avviso pubblico di riferimento, predisponendo conseguentemente l'elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del S.S.R., da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale.

La novella introdotta dall'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012 indica in via generale i requisiti e le procedure per la nomina dei Direttori generali di tutte le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, facendo peraltro riferimento ad un unico "elenco regionale di idonei" – evidentemente comune a tutte le Aziende ed Enti del SSR – in alternativa al quale si potrà fare ricorso agli "analoghi elenchi delle altre regioni", che in nessun caso comunque prevedono distinzioni fra Direttori generali delle ASL, delle AOU e degli IRCCS pubblici.

Si rende pertanto necessario modificare il contenuto dell'Intesa Regione Puglia/Università degli Studi di Bari e Foggia del 2/12/2011 in ordine alla definizione dei requisiti e delle procedure per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del SSR, adeguando la predetta Intesa alla nuova disciplina normativa in materia di nomina dei direttori generali delle Aziende ed Enti del SSR recata dall'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012 innanzi citata e riunificando il procedimento di selezione pubblica per la costituzione ed aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Pertanto, per quanto concerne **i requisiti dei Direttori generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Puglia** si rinvia ai requisiti previsti per i Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale dall'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012 nonché agli eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla Regione attraverso le norme regionali di recepimento della novella del predetto art. 4 L. 189/2012.

Anche con riferimento alle **procedure di nomina dei Direttori generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie della Puglia**, si rinvia alle modalità e procedure definite per la nomina dei Direttori generali di tutte le Aziende ed Enti del SSN dall'art. 4, comma 1, lett. a) della L. 189/2012, ferma restando la previa acquisizione dell'intesa con il Rettore dell'Università sul candidato da nominare.

In particolare, alla luce della predetta L. 189/2012, ai fini della valutazione degli aspiranti alla nomina di Direttore generale delle Aziende ed Enti del S.S.R., la Giunta Regionale nomina – senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica – una Commissione di esperti che effettua la selezione dei candidati idonei secondo le modalità e i criteri individuati dalla Regione e che, ad avvenuta selezione, predisponde l'elenco regionale dei candidati idonei.

La Commissione Paritetica concorda sulla seguente composizione della Commissione di esperti in parola: un esperto è designato dall'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) in

propria rappresentanza, uno dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) fra esperti in management sanitario, uno dalla Conferenza dei Rettori delle Università Italiane (CRUI) fra docenti di diritto amministrativo o di economia aziendale.

La Commissione Paritetica altresì concorda nel prevedere che la valutazione dei candidati ammessi avvenga sulla base dei titoli posseduti ed adeguatamente documentati.

La Giunta Regionale recepisce con proprio provvedimento l'esito dei lavori della Commissione e approva l'elenco dei candidati idonei, corredato dei relativi *curricula*, disponendone la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia nonché sul sito web istituzionale www.regione.puglia.it.

Una volta approvato l'elenco dei candidati idonei, la Giunta Regionale delega l'Assessore alle Politiche della Salute ad acquisire l'intesa con il Rettore dell'Università di riferimento sul nominativo del candidato da nominare nell'ambito del predetto elenco ovvero nell'ambito di analoghi elenchi di altre Regioni. La predetta intesa sarà acquisita anche sulla base dell'esperienza maturata in attività di formazione e ricerca con reperimento e gestione di fondi regionali, nazionali e/o comunitari.

Acquisita l'intesa con il Rettore, la Giunta Regionale nomina il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Si stabiliscono, inoltre, i seguenti **adempimenti successivi alla nomina**.

Il candidato che venga nominato Direttore generale di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, entro sei mesi dalla nomina, è tenuto a frequentare – qualora non ne sia già in possesso – un modulo di formazione integrativo, predisposto dalle Università di Bari e Foggia d'intesa con la Regione, che contenga:

- Cenni di legislazione universitaria, con particolare attenzione al ruolo dell'Università e dei propri organi nell'ambito del S.S.N. ed S.S.R.;
- Breve excursus storico dei rapporti tra Sistema Universitario e Sistema Sanitario ;
- Sistema delle autonomie costituzionalmente garantite e conseguente diversità delle mission dell'Università, delle altre Scuole e del Servizio Sanitario Nazionale;
- Analogie e differenze tra A.O.U., A.O., A.S.L. e IRCCS (anche con riferimento agli aspetti istituzionali ed organizzativi);
- Stato giuridico del personale universitario (con particolare riferimento ai compiti ed alle responsabilità in campo assistenziale) e differenza con lo status giuridico del personale ospedaliero;
- Aspetti organizzativi nel campo della ricerca e della formazione medica, specialistica e delle professioni sanitarie.

Augusto Garavito

Don Livio

Stefano Miele

Giuseppe De Amico

Roberto

Gilberto

Vincenzo

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 aprile 2013, n. 799

Atto di intesa regionale per l'autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di: Una nuova sezione elettrica a 150 kV nell'esistente stazione a 380 kV di "Palo del Colle" e opere connesse; Raccordi aerei in entra-esce, della suddetta nuova sezione, all'esistente elettodotto a 150 kV "Bitonto - Modugno"; Nuovo elettrodotto in cavo a 150 kV "Palo del Colle - Bari Termica".

L'Assessore allo Sviluppo Economico, avv. Loredana Capone, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Energia, Reti e Infrastrutture Materiali per lo Sviluppo, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- con nota del 18/07/2008 prot. 4840 la società Terna Spa - Direzione Pianificazione e Sviluppo Rete Direzione Affari Istituzionali ha presentato al Ministero dello Sviluppo Economico - Dipartimento per l'energia, Direzione Generale per l'Energia Nucleare, le Energie Rinnovabili e l'Efficienza Energetica, ex Ufficio XIV della DGERM, istanza ai sensi dell'art. 1 comma 26 della Legge 23/8/2004 n° 239 e del T.U. 11.12.1993 n. 1175, di autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di elettrodotti facenti parte della rete nazionale di trasporto (RTN) dell'energia elettrica, nonché di alcune infrastrutture indispensabili all'esercizio degli stessi. In particolare il progetto prevede:

- La realizzazione di un nuovo collegamento in entra/esce a 150 kV in semplice terna, dell'esistente elettrodotto aereo "Bitonto - Modugno" alla Stazione Elettrica di Palo del Colle.
- La realizzazione di un nuovo collegamento a 150 kV in cavo interrato dalla S.E. di Palo del Colle alla S.E. di Bari Termica.

L'opera è necessaria poiché l'area di influenza della Stazione Elettrica di Palo del Colle, in provincia di Bari presenta un consistente fabbisogno di tipo domestico ed industriale in continuo incremento, attualmente soddisfatto dalla produzione immessa sulla rete AT della centrale ad olio combustibile Bari Termica (ENEL Produzione). Al fine di superare suddette criticità, è prevista:

- la realizzazione, presso l'esistente stazione a 380 kV di Palo del Colle (impianto di consegna della centrale Energia di Modugno, inizialmente collegato in entra-esce sulla linea 380 kV "Bari Ovest-Foggia") dello stadio di trasformazione 380/150 kV e di una sezione a 150 kV, da raccordare opportunamente alla locale rete AT. L'impianto sarà collegato alla rete a 150 kV mediante la realizzazione di un nuovo collegamento a 150 kV in cavo (con capacità di trasporto di circa 1000 A) verso la S.E. 150 kV di Bari Termica; di brevi raccordi a 150 kV in entra - esce alla linea RTN "Bari Ind. 2 - Corato" ed alla linea di proprietà Enel Distribuzione "Bitonto - Modugno". L'opera consiste in un elettrodotto in cavo interrato a 150 kV della lunghezza complessiva di circa 11,5 Km, che collegherà la S.E. di Palo del Colle alla S.E. di Bari Termica. Il tracciato dell'elettrodotto in cavo parte dallo stallo ad esso dedicato situato all'interno dell'area della S.E. di Palo del colle e da qui il tracciato lascia la stazione elettrica in direzione SUD, per deviare poi in direzione Sud - Est ed immettersi sulla strada di accesso alla stazione elettrica percorrendola per circa 400 mt. Successivamente il tracciato devia in direzione Nord - Est attestandosi sulla Strada Comunale Vecchia di Modugno. Raggiunta la sopracitata Strada Comunale il tracciato percorre per un tratto di circa 400 m e devia poi in direzione sud - est per attestarsi su una viabilità interna dell'area industriale localizzata sul lato Nord della SS 96, in prossimità del confine comunale tra Palo del Colle e Bitetto. In seguito il tracciato permane sulla SS96 per circa 3,3 Km, percorrendo un breve tratto all'interno del territorio comunale di Bitetto ed entrare poi in quello di Modugno. Successivamente il tracciato raggiunge l'area Nord-ovest del territorio comunale di Modugno, dove nei pressi dell'incrocio con la ss98 Andriese-Coratina percorre un tratto di circa 250 m nel tunnel della ss96 che sottopassa via Paolo Marzi. Il tracciato prosegue sempre sulla ss96 in direzione Nord - est, passando sotto il cavalcavia dell'autostrada A14Adriatica ed in seguito sotto quello della Tangenziale di Bari. Dopo aver percorso circa 10 km, il tracciato arriva in prossimità dell'incrocio di Via Bruno Buozzi, dove attraversa un canale artificiale destinato a raccogliere l'acqua della "Lama Lamasinata" che attualmente

non è percorso da acqua. Il tracciato devia in direzione Nord- Ovest, termina la sua percorrenza sulla SS96 per arrivare in prossimità della S.E. di Bari Termica, dove si attesta sullo stallo ad esso dedicato, all'interno dell'area di Stazione.

L'elettrodotto sarà costituito da una terna di cavi unipolari, con isolamento in XLPE, costituiti da un conduttore in alluminio di sezione pari a circa 1600 mm²; esso sarà un conduttore di tipo milliken a corda rigida (per le sezioni maggiori), compatta e tamponata di alluminio, ricoperta da uno strato semiconduttivo interno estruso, dall'isolamento XLPE, dallo strato semiconduttivo esterno, da nastri semiconduttivo igroespandenti. Lo schema metallico è costituito da un tubo metallico di piombo o alluminio o a fili di rami ricotto non stagnati, di sezione complessiva adeguata ad assicurare la protezione meccanica del cavo, la tenuta ermetica radiale, a supportare la corrente di guasto a terra. Per ciascun collegamento in cavo sono previsti:

- conduttori di energia;
 - giunti diritti circa ogni 500-800 m con relative cassette di sezionamento e di messa a terra (il cui numero dipenderà dall'effettiva lunghezza delle pezzature di cavo);
 - terminali per esterno;
 - sistema di telecomunicazioni.
- la realizzazione, presso l'esistente stazione a 380 kV di Palo del Colle (impianto di consegna della centrale Energia di Modugno, inizialmente collegato in entra - esce sulla linea 380 kV "Bari Ovest- Foggia"), dello stadio di trasformazione 380/150 kV e di una sezione a 150 kV, da raccordare opportunamente alla locale rete AT. L'impianto sarà collegato alla rete a 150 kV mediante la realizzazione di un nuovo collegamento a 150 kV in cavo (con capacità di trasporto di circa 1000 A) verso la S.E. 150 kV di Bari TE, di brevi raccordi a 150 kV in entra- esce alla linea RTN "Bari ind.2 - Corato" ed alla linea di proprietà di Enel Distribuzione "Bitonto - Modugno". L'intervento è localizzato nella parte Nord - Est del territorio comunale di Palo del Colle, in una zona agricola adibita prettamente alla coltivazione di ulivi. Ciascuna fase elettrica sarà costituita da n. 1 conduttore di energia formato da una corda di alluminio - acciaio della sezione complessiva di 585,3 mm² composta da 19 fili di acciaio del dia-

metro di 2,10 mm e da 54 fili di alluminio del diametro di 3,50 mm, con un diametro complessivo di 31,50 mm, con carico di rottura teorico di 16.852daN. Per zone ad alto inquinamento salino può essere impiegato in alternativa il conduttore con l'anima a "zincatura maggiorata" ed ingrossato fino al secondo mantello di alluminio. I conduttori avranno un'altezza da terra non inferiore a metri 10, ampiamente superiore a quella massima prevista dall'art. 2.1.05 del DM 16/01/1991. L'elettrodotto sarà inoltre equipaggiato con una corda di guardia destinata, oltre che a proteggere l'elettrodotto stesso dalle scariche atmosferiche, a migliorare la messa a terra dei sostegni. La corda di guardia è in acciaio del diametro di 10,50 mm e sezione di 65,81 mm², sarà costituita da n. 19 fili del diametro di 2,1 mm. Il carico di rottura teorico della corda sarà di 10196daN.

- Con nota del 13/05/2009 - protocollata in data 19/05/2009 n. 5512, ai sensi dell'art.14 della L. 241/90 e s.m.i., il Ministero ha avviato il procedimento al fine di consentire alla Amministrazione precedente di acquisire intese, concerti e nulla osta delle Amm/ni ed Enti coinvolti;
- Con nota TPCNA/P20100000122 del 05/05/2010 Terna Spa ha trasmesso la documentazione progettuale per espressione del parere agli enti competenti;
- Con nota prot. n. 0018479 del 15/10/2010 il Ministero dello Sviluppo Economico convocava la riunione della Conferenza di Servizi per il 28 ottobre 2010;
- Con nota prot. n. 0002816 del 29/03/2011 il Ministero dello Sviluppo Economico, invitava la Regione, sentiti gli enti locali nel cui territorio ricadono le opere, a far conoscere le proprie determinazioni;
- Con nota prot. n. TEFCNA/P20110000172 del 29/04/2011 Terna Spa ha inviato integrazione progettuale consistente nella definizione dell'ubicazione delle buche giunti relative all'elettrodotto in cavo interrato a 150 kV "Palo del Colle - Bari termica" e ridefinizione della fascia di rispetto di prima approssimazione a valle del posizionamento delle buche giunti e con ipotesi di schema di posa a trifoglio del cavo interrato;
- Con nota prot. n. 4451 del 13/05/2011 il Ministero dello Sviluppo Economico prendendo atto dell'integrazione documentale prodotta da Terna

Spa, rimetteva le stessa alla Regione per esame ed espressione parere;

- Con nota prot. n. TRIPSA/P20130000799 del 31/01/2013 Terna Spa sollecitava il rilascio dell'intesa regionale ai sensi del D.L. 239/03;
- Con nota prot. n. 1616 del 22/02/2013 il Servizio Energia, Reti e Infrastrutture Materiali per lo Sviluppo, chiedeva al Servizio Ecologia ed Assetto del Territorio di formulare le proprie determinazioni per quanto di competenza ai sensi della DGR. 2563 del 23/11/2010;

Considerato che:

- a) con nota prot. n. 2485 del 27/03/2013 il servizio Assetto del Territorio esprimeva il sottostante parere:

Tutele paesaggistiche di cui al Dlgs 42/2004 ed al vigente piano paesaggistico - PUTT

Per gli interventi ricadenti nel territorio di Palo del Colle non si rileva la presenza di alcun vincolo paesaggistico ex art. 134 del D.lgs 42/2004 e s.m.i.

Con riferimento invece al valore paesaggistico degli Ambiti Territoriali Estesi (ATE) identificati dal vigente PUTT/P il tratto dell'elettrodotto in progetto ricadente nel territorio di Palo del Colle interessa per alcuni tratti un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale, ed in parte in un ATE classificato di tipo "C" di valore paesaggistico "distinguibile".

Con DGR n° 2471 del 16/12/2008, il comune di Palo del Colle ha ricevuto l'attestazione di coerenza al PUTT/P delle perimetrazioni effettuate in sede di formazione del PUG.

Per quanto attiene agli Ambiti Territoriali Distinti dei sistemi e/o elementi strutturanti il territorio dal punto di vista paesaggistico come definiti dal titolo III delle NTA del PUTT/P ed identificati nelle relative tavole tematiche del PUTT/P e come eventualmente modificate dagli adeguamenti comunali si rappresenta in particolare quanto segue:

- Con riferimento al sistema geo - morfo - idrogeologico, l'area d'intervento, stante alla cartografia tematica del PUTT/P e dei relativi adeguamenti comunali, non risulta interessata da alcun Ambito Territoriale Distinto del predetto sistema individuato dal PUTT/P.
- Con riferimento al sistema botanico - vegetazionale e colturale e della potenzialità faunistica, l'area d'intervento, stante alla cartografia tema-

tica del PUTT/P e dei relativi adeguamenti comunali, non risulta interessata da particolari componenti di riconosciuto valore scientifico e/o importanza ecologica, di difesa del suolo; né si rileva sulle aree che saranno interessate direttamente dall'intervento, la presenza di specie floristiche rare o in via di estinzione né di specie di particolare interesse botanico-vegetazionale oggetto di specifica tutela.

Si rileva comunque, con riferimento ai due raccordi aerei da realizzarsi in prossimità della stazione elettrica di Palo del Colle, che il posizionamento di due tralicci previsti in progetto interferisce con alcune aree arborate ad uliveto che, sia pure potenzialmente, potrebbero essere caratterizzate anche dalla presenza di soggetti arborei di pregio ascrivibili alla categoria dei cosiddetti "Beni diffusi del paesaggio agrario" di cui all'art.3.14 delle NTA del PUTT/P ovvero potrebbero essere interessate da ulivi monumentali specificatamente tutelati dalla LR 14/2007.

Con riferimento al sistema della stratificazione storica, l'intervento in progetto non risulta interessare direttamente aree caratterizzate dalla presenza di beni storico-culturali di riconosciuto valore o ruolo nell'assetto paesaggistico, né l'intervento in progetto interferisce, sia pure indirettamente, con il contesto di riferimento visuale di peculiarità oggetto di specifica tutela.

Per gli interventi ricadenti nel territorio di Bitetto non si rileva la presenza di alcun vincolo paesaggistico ex art. 134 del D.lgs. 42/2004 e s.m.i.

Con riferimento invece al valore paesaggistico degli Ambiti Territoriali Estesi (ATE) identificati dal vigente PUTT/P il tratto dell'elettrodotto in progetto ricadente nel territorio di Bitetto interessa per alcuni tratti un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale".

Con DGR n. 884 del 9/5/2012, il comune di Bitetto ha ricevuto l'attestazione di coerenza al PUTT/P delle perimetrazioni effettuate in sede di formazione del PUG.

Per quanto attiene agli Ambiti Territoriali Distinti le opere in progetto non risultano direttamente e/o indirettamente interessare alcuni Ambiti Territoriali Distinti (ATD) dei sistemi e/o elementi strutturanti il territorio dal punto di vista paesaggistico come definiti dal titolo III delle NTA del

PUTT/P ed identificati nelle relative tavole tematiche del PUTT/P e come eventualmente modificate dagli adeguamenti comunali.

Per gli interventi ricadenti nel territorio di Modugno non si rileva la presenza di alcun vincolo paesaggistico ex art. 134 del D.lgs 42/2004 e s.m.i.

Con riferimento invece al valore paesaggistico degli Ambiti Territoriali Estesi (ATE) identificati dal vigente PUTT/P il tratto dell'elettrodotto in progetto ricadente nel territorio di Modugno interessa per alcuni tratti un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale" ed in parte in un ATE classificato di tipo "C" di valore paesaggistico "distinguibile".

Con nota prot. n 6463 del 10/7/2012, il comune di Modugno ha ricevuto l'attestazione di coerenza al PUTT/P delle perimetrazioni rientranti nel novero dei Territori Costruiti e dei Primi Adempimenti Comunali finalizzati all'attuazione del PUTT/P di cui all'art.5.05 delle NTA del PUTT/P.

Per quanto attiene agli Ambiti Territoriali Distinti le opere in progetto non risultano direttamente e/o indirettamente interessare alcuni Ambiti Territoriali Distinti (ATD) dei sistemi e/o elementi strutturanti il territorio dal punto di vista paesaggistico come definiti dal titolo III delle NTA del PUTT/P ed identificati nelle relative tavole tematiche del PUTT/P e come eventualmente modificate dagli adeguamenti comunali.

Per alcuni interventi ricadenti nel territorio di Bari si rileva l'interferenza con un vincolo paesaggistico ex art. 134 del D.lgs. 42/2004 e s.m.i.

Con riferimento invece al valore paesaggistico degli Ambiti Territoriali Estesi (ATE) identificati dal vigente PUTT/P il tratto dell'elettrodotto in progetto ricadente nel territorio di Bari interessa per alcuni tratti un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale" ed in parte in un ATE classificato di tipo "C" di valore paesaggistico "distinguibile" ed in parte un ATE classificato di tipo "B" di valore paesaggistico "rilevante".

Con nota prot. n.815/06 del 11/2/2003, il comune di Bari ha ricevuto l'attestazione di coerenza al PUTT/P delle perimetrazioni rientranti nel novero dei Territori Costruiti e dei Primi Adempimenti Comunali finalizzati all'attuazione del PUTT/P di cui all'art.5.05 delle NTA del PUTT/P.

Con Delibera n.1812 del 2/8/2011 la Giunta Regionale ha approvato con prescrizioni e modi-

fiche la Variante di adeguamento del PRG di Bari al PUTT/P di cui all'art.5.08 delle NTA del PUTT/P così come adottati dal Consiglio Comunale con delibera n.56 del 9/7/2010 ed emendata con Deliberazione di CC n.13 del 9/3/2011.

Con riferimento al valore paesaggistico degli Ambiti Territoriali Estesi (ATE) identificati dalla Variante di Adeguamento del PRG al PUTT/P il tratto dell'elettrodotto in progetto ricadente nel territorio di Bari interessa per alcuni tratti un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale" ed in parte in un ATE classificato di tipo "C" di valore paesaggistico "distinguibile" ed in parte un ATE classificato di tipo "B" di valore paesaggistico "rilevante".

Per quanto attiene agli Ambiti Territoriali Distinti dei sistemi e/o elementi strutturanti il territorio dal punto di vista paesaggistico come definiti dal titolo III delle NTA del PUTT/P ed identificati nelle relative tavole tematiche del PUTT/P e come eventualmente modificate dagli adeguamenti comunali si rappresenta in particolare quanto segue:

Con riferimento al sistema geo-morfo-idrogeologico, l'elettrodotto in cavo interrato in progetto interferisce con l'area annessa e l'area di pertinenza della lama "Lamasinata", che, oltre ad essere individuata dal PUTT/P come Ambito Territoriale Distinto "corso d'acqua" soggetto alle disposizioni di cui all'art.3.08 delle NTA del PUTT/P, risulta anche classificato come "corso d'acqua pubblico" ai sensi del RD 11/12/1933 n.1775 e pertanto soggetto a vincolo paesaggistico di cui al punto e) art. 142 del D.Lgs. n.42/2004.

Si rileva altresì, sempre per quanto attiene al sistema geomorfoidrologico, che l'elettrodotto in cavo interrato in progetto in prossimità della citata lama "Lamasinata" attraversa anche un'area classificata a rischio idraulico R4 dal vigente PAI.

Con riferimento al sistema botanico-vegetazionale e colturale e della potenzialità faunistica, l'area d'intervento, stante alla cartografia tematica del PUTT/P e dei relativi adeguamenti comunali, non risulta interessata da particolari componenti di riconosciuto valore scientifico e/o importanza ecologica, di difesa del suolo, né si rileva sulle aree che saranno interessate direttamente dall'intervento, la presenza di specie floristiche rare o in via di estinzione né di specie di particolare interesse botanico-vegetazionale oggetto di specifica tutela.

Con riferimento al sistema della stratificazione storica, l'intervento in progetto non risulta interessare direttamente aree caratterizzate dalla presenza di beni storico-culturali di riconosciuto valore o ruolo nell'assetto paesaggistico, né l'intervento in progetto interferisce, sia pure indirettamente, con il contesto di riferimento visuale di peculiarità oggetto di specifica tutela. Si specifica comunque che il cavidotto interrato nel territorio del Comune di Bari (zona industriale), passa in prossimità di un insediamento rupestre soggetto a vincolo architettonico di cui alla L. 1089/39.

Valutazione paesaggistica

Alla luce di tutto quanto in precedenza specificato anche se in alcuni tratti la soluzione progettuale adottata per la connessione elettrica in progetto dal punto di vista localizzativo interferisce con alcuni ambiti territoriali estesi (ATE) e/o distinti (ATD), in tali ambiti l'intervento di cui trattasi, soprattutto per le sue caratteristiche tipologiche (cavo interrato), comunque ottempera alle specifiche disposizioni di tutela paesaggistica del vigente PUTT/P.

In particolare non si riscontra alcun contrasto dell'intervento in progetto con gli "indirizzi" e le "direttive" di tutela fissate dalle NTA del PUTT/P per gli Ambiti Territoriali Estesi direttamente interessati dalle opere in progetto né si rileva alcun contrasto con le stesse "prescrizioni di base" finalizzate alla tutela degli elementi strutturanti (ATD) l'attuale contesto paesaggistico di riferimento entro cui l'intervento andrà a collocarsi.

L'intervento di cui trattasi, con specifico riferimento all'elettrodotto che collega la stazione elettrica di Palo del Colle con l'esistente stazione elettrica di Bari TE, poiché risulta totalmente interrato (cavo interrato con tensione nominale di 150KV) e si sviluppa in massima parte lungo un tracciato viario esistente (SS n.96), non costituisce, per le proprie caratteristiche tipologiche ed ubicazionali, modificazione significativa dell'attuale assetto paesaggistico dei luoghi interessati che si presentano peraltro attualmente notevolmente antropizzati (area industriale di Modugno e Bari).

Anche con riferimento all'attraversamento della lama "Lamasinata", che rappresenta sicuramente l'ambito territoriale distinto maggiormente dotato di un elevato grado di sensibilità paesaggistico-

ambientale, l'intervento in progetto non realizzerà alcun impatto paesaggistico significativo in quanto è previsto l'attraversamento interrato del cavidotto al di sotto dell'alveo della predetta lama mediante l'utilizzo di una tecnologia che consente di evitare scavi in alveo e quindi alterazioni dello strato superiore del terreno. In particolare si prevede di praticare un foro con una speciale "talpa" che penetra nel terreno a profondità contenuta creando e consolidando un condotto nel quale, successivamente, viene posizionato il cavo elettrico, opportunamente protetto. La citata modalità di attraversamento in sub-alveo della Lama, oltre a non comportare alterazioni paesaggistiche significative, in quanto consentirà di evitare peraltro gli antiestetici attraversamenti con i cavi e la loro protezione aggirata al manufatto ponte, ottempera anche a quanto disposto dall'art.3.08.4 lett.b) punto 3 delle NTA del vigente PUTT/P.

Per quanto attiene al tratto di cavidotto interrato che interessa l'area annessa dell'insediamento rupestre soggetto a vincolo architettonico di cui alla L. 1089/39, ricadente nel territorio del Comune di Bari (zona industriale), si rappresenta che l'opera in progetto, in quanto interrata ed in quanto posizionata lungo il tracciato stradale esistente, non andrà pertanto a realizzare alcun pregiudizio al contesto di riferimento visuale della predetta peculiarità culturale.

Per quanto attiene al collegamento in "entrasce", realizzato mediante la costruzione di due raccordi in semplice terna da realizzarsi in prossimità della Stazione Elettrica di Palo del Colle, della linea elettrica aerea a 150KV "Brntonto-Modugno" nonché con riferimento alla Nuova sezione 150KV nell'attuale Stazione Elettrica 380KV di Palo del Colle, si rappresenta che ricadendo entrambi gli interventi in argomento all'interno di un ATE classificato di tipo "E" di valore paesaggistico "normale" dal vigente PUTT/P e non interessando direttamente alcun Ambito Territoriale Distinto, non realizzeranno alcuna alterazione dei valori paesaggistici dei luoghi e pertanto non si solleva alcuna obiezione in ordine alla compatibilità paesaggistica delle opere in argomento.

Conclusioni e prescrizioni paesaggistiche

Per le motivazioni in precedenza riportate e sulla scorta di quanto nel merito evidenziato, si ritiene

pertanto di poter esprimere per tutte le opere previste in progetto parere favorevole in ordine alla compatibilità paesaggistica anche ai sensi di quanto disciplinato dalla DGR n. 2563/2010.

Al fine comunque di perseguire un miglioramento dell'inserimento paesistico-ambientale delle opere in argomento nel contesto paesaggistico di riferimento si ritiene necessario prescrivere le seguenti misure di mitigazione e/o compensazione degli impatti:

Con riferimento all'assetto geo-morfo-idrogeologico:

- Siano limitati al minimo indispensabile i movimenti di terra (sbancamenti, sterri, riporti) al fine di non modificare, in maniera significativa, l'attuale assetto geomorfologico d'insieme e conservare nel contempo l'assetto idrogeologico complessivo delle aree oggetto d'intervento. Al termine dei lavori le eventuali opere provvisorie (piste carrabili, cumuli di materiale di scavo, ecc..) siano totalmente eliminate con totale ripristino, anche geomorfologico, dello stato dei luoghi al fine di agevolare la ricomposizione dei valori paesistici del sito.
- In prossimità dell'attraversamento in trasversale del corso d'acqua ("Lamasinata") dovrà essere evitata del tutto ogni trasformazione in alveo e/o qualsiasi modificazione significativa delle sponde/argini/versanti ovvero dell'assetto geomorfo-idrogeologico originario. In particolare in prossimità della "lama" dovrà essere ridotta qualsiasi interferenza delle opere in progetto, oltre che con la morfologia dei luoghi, anche con il complessivo ecosistema del corso d'acqua; pertanto l'attraversamento della lama dovrà avvenire in sub-alveo, così come peraltro già previsto dalla soluzione progettuale presentata. Quanto sopra riportato al fine di non apportare trasformazioni che compromettano la morfologia ed i caratteri culturali e d'uso del suolo e/o che modifichino il rapporto paesistico-ambientale attualmente esistente tra il corso d'acqua ed il suo intorno diretto.

Con riferimento all'assetto botanico vegetazionale:

- In sede di cantierizzazione, la realizzazione delle opere complementari (piste di servizio, aree di stoccaggio, accessi, ecc) non dovrà interessare direttamente le aree caratterizzate dalla presenza

di vegetazione di pregio. Ad opere ultimate siano opportunamente rimosse tutte le opere complementari con ripristino, anche vegetazionale, dello stato dei luoghi. Quanto sopra sia al fine di consentire la conservazione e lo sviluppo del patrimonio botanico-vegetazionale autoctono che al fine di tutelare, nel contempo, la potenzialità faunistica dell'ambito territoriale d'intervento.

- In sede di esecuzione dei lavori siano salvaguardati il più possibile i "beni diffusi nel paesaggio agrario" aventi notevole significato paesaggistico come definiti dall'art. 3.14 delle NTA del PUTT/P ovvero le piante isolate e/o a gruppi di rilevante importanza per età, dimensione, significato scientifico, testimonianza storica; le alberature stradali e poderali di pregio paesaggistico; le pareti a secco con le relative siepi delle divisioni dei campi e delle delimitazioni delle sedi stradali. In particolare, con riferimento al posizionamento dei sostegni in progetto, relativi al raccordo aereo da realizzarsi tra la stazione elettrica di Palo del Colle e la linea elettrica aerea a 150 KV "Bitonto-Modugno si prescrive la preventiva verifica, nelle aree che saranno direttamente interessate dalle opere, della presenza di eventuali alberature di ulivi monumentali tutelati dalla LR14/2007. Quanto sopra al fine di non arrecare, attraverso il posizionamento dei tralicci, alcun pregiudizio alla conservazione della vegetazione di pregio eventualmente esistente (alberature di ulivo con caratteristiche di monumentale) Per l'individuazione dei predetti soggetti arborei di pregio, si dovrà procedere, preliminarmente, ad un accertamento di dettaglio mediante un idoneo censimento, ovvero mediante la compilazione della scheda di rilevazione di cui all'allegato "A" della DGR n 707 del 6/5/2008 (BURP n.87 del 4/6/2008). Il predetto censimento dei soggetti arborei dovrà essere asseverato, ai sensi del DPR 445/2000, da un tecnico competente abilitato (agronomo, forestale, ecc), al fine dell'attribuzione o meno del carattere di monumentalità di cui all'art.2 della LR 14/2007 Qualora a seguito del censimento effettuato sia eventualmente riscontrata la presenza, nelle aree che saranno interessate direttamente dall'intervento, di soggetti arborei monumentali di particolare pregio per gli stessi dovrà comunque applicarsi la tutela integrale mediante una diversa localizzazione dei tralicci previsti in progetto.

Se invece la possibilità di una diversa localizzazione dei tralicci sia oggettivamente preclusa per ragioni di carattere tecnico, previo il necessario assenso della Commissione preposta, si potrà procedere all'espianto ed al successivo reimpianto delle eventuali alberature di pregio nella stessa area oggetto d'intervento.

Con riferimento alle componenti storico-culturali:

Durante il corso dei lavori siano opportunamente tutelati, lungo i pochi tratti non ricadenti sul tracciato stradale, i segni caratterizzanti la stratificazione storica dell'organizzazione insediativa nell'agro (edificazione, infrastrutturazione) e delle tecniche di conduzione agricola (terrazzamenti, muri a secco ecc.); in particolare il posizionamento del cavidotto interrato non dovrà interessare direttamente l'area di pertinenza dell'insediamento rupestre soggetto a vincolo architettonico di cui alla L. 1089/39 ricadente nel territorio del Comune di Bari - zona industriale.

Ulteriori adempimenti

Con riferimento alle procedure autorizzatorie poste in essere dal vigente piano paesaggistico, si rappresenta quanto segue:

L'intervento di cui trattasi, pur rientrando nel novero delle opere di infrastrutturazione del territorio che risultano di preminente interesse nazionale, per caratteristiche tipologiche ed ubicazionali non rientra comunque nella fattispecie delle cosiddette "opere di rilevante trasformazione" (art.4.01 delle NTA del PUTT/P) in quanto gli elementi strutturanti l'attuale contesto paesaggistico di riferimento (corso d'acqua, beni diffusi del paesaggio agrario vincolo architettonico) anche se saranno direttamente e/o indirettamente interessati dalle opere in progetto non subiranno comunque alcuna modificazione permanente e/o irreversibile.

Con riferimento al parere paesaggistico sulla proposta di variante urbanistica contenuta nella soluzione progettuale, (parere di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 5.03 delle NTA del PUTT/P). si ritiene che lo stesso possa essere rilasciato dalla Giunta Regionale con le prescrizioni innanzi riportate contestualmente al rilascio dell'atto di intesa ai sensi dell'art 1-sexies del D.L. 239/2003 e s.m.i.

Con riferimento all'autorizzazione paesaggistica, di cui all'art 5 01 delle NTA del PUTT/P e all'art 146 del D.lgs. 42/2004 e s.m.i. poiché i comuni di Bitetto, Modugno e Palo del Colle ai sensi della Lr 20/2009 non risultano delegati al rilascio delle autorizzazioni paesaggistiche restando la predetta funzione in capo allo scrivente servizio, il presente assenso ha valore anche ai fini del rilascio dell'autorizzazione paesaggistica, ai fini del perfezionamento della quale sarà comunque necessario acquisire il parere del Comune di Bari ed il parere della competente Soprintendenza posto che l'intervento in progetto interessa, sia pure per un tratto limitato, beni paesaggistici sottoposti a tutela paesaggistica ministeriale, di cui al punto e) dell'art 142 del D.Lgs n. 42/2004

Il presente parere non attiene invece agli aspetti di natura urbanistica in merito alla conformità dell'opera in oggetto alle prescrizioni dei piani urbanistici ed edilizi vigenti nei comuni interessati.

b) Con nota prot. n. 3335 del 03/04/2013 il Servizio Ecologia esprimeva il parere sottostante:

Le opere non risultano sottoposte agli obblighi di cui agli artt. 20 e 25, con particolare riferimento ai procedimenti di Verifica di assoggettabilità a Valutazione di Impatto Ambientale e VIA di competenza regionale. Si rammenta, tuttavia, il rispetto degli obblighi derivanti dall'interessamento di piante di ulivo, acclarato da una verifica conseguente a sovrapposizione georeferenziata della planimetria della nuova sezione su ortofoto, giuste Legge 14 febbraio 1951 e Legge Regionale n. 14 del 04-06-2007: "tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia".

Viste:

- la legge costituzionale n. 3 del 18.10.2001 "Modifiche al Titolo V parte II della Costituzione";
- l'art. 1-sexies del decreto legge 29 agosto 2003, n.239, recante disposizioni urgenti per la sicurezza e lo sviluppo del sistema energetico nazionale e per il recupero di potenza di energia elettrica, convertito nella legge 27 ottobre 2003, n.290, come modificato dall'art.1, comma 26 della legge 23 agosto 2004,n.239, per cui la costruzione e l'esercizio degli elettrodotti facenti parte della rete nazionale di trasporto dell'energia elettrica sono attività di preminente interesse sta-

tale e sono soggetti ad un'autorizzazione unica, rilasciata dal Ministero dello Sviluppo Economico di concerto con il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare e previa intesa con la Regione o le regioni interessate;

- la legge 23 agosto 2004, n.239 di riordino del settore energetico, nonché di delega al Governo per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di energia;
- la Delibera di Giunta Regionale del 23 novembre 2010 n. 2563 "Disciplina degli atti di intesa della Regione Puglia nell'ambito del procedimento di Autorizzazione coordinati dal Ministero dello Sviluppo Economico, ai sensi dell'articolo 1 - sexies del D.L. n. 239/2003, convertito con modificazioni dalla L. n. 290/2003 e s.m.i; per la costruzione ed l'esercizio di elettrodotti ed altri interventi sulla Rete elettrica di Trasmissione Nazionale" la quale prevede che, al fine di istruire l'atto di intesa il Servizio Energia, Reti e Infrastrutture Materiali per lo Sviluppo acquisisce i pareri di compatibilità ambientale e paesaggistica attraverso il:
 - Servizio Ecologia - Ufficio Programmazione, politiche energetiche, VIA e VAS; Servizio Assetto del Territorio - Ufficio Attuazione Pianificazione Paesaggistica

Tutto ciò premesso

- Si propone alla Giunta regionale di esprimere l'intesa, di cui all'art.1 - sexies del decreto legge n.239/03 convertito nella legge n.290/03 ed infine modificato dalla legge n.239/04, al fine del rilascio della autorizzazione unica da parte del Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, prevista dalle stesse disposizioni, relativa all'istanza presentata società Terna Spa, con tutte le prescrizioni indicate dal Servizio Assetto del Territorio e dal Servizio Ecologia sopra riportate.

COPERTURA FINANZIARIA

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

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta regionale ai sensi delle leggi costituzionali

nn. 1/1999 e 3/2001 nonché dell'art. 44, comma 1, della L.R. n. 7/2004 "Statuto della Regione Puglia".

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore allo Sviluppo Economico;

vista la dichiarazione posta in calce al presente provvedimento da parte del competente Direttore di Area;

a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di esprimere l'intesa, di cui all'art.1 - sexies del decreto legge n.239/03 convertito nella legge n.290/03 ed infine modificato dalla legge n.239/04, al fine del rilascio dell'autorizzazione unica da parte del Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, prevista dalle stesse disposizioni, relativa all'istanza presentata dalla società Terna Spa - Direzione Pianificazione e Sviluppo Rete Direzione Affari Istituzionali ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione alla costruzione ed all'esercizio di Una nuova sezione elettrica a 150 kV nell'esistente stazione a 380 kV di "Palo del Colle" e opere connesse, Raccordi aerei per entrata - esci, della suddetta nuova sezione, all'esistente elettrodotto a 150 kV "Bitonto - Modugno" e Nuovo elettrodotto in cavo a 150 kV " Palo del C. - Bari Termica";
- di subordinare il procedimento autorizzativo dell'opera da realizzare, da parte del Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, prevista dalle stesse disposizioni, relativa all'istanza presentata dalla società Terna Spa - Direzione Pianificazione e Sviluppo Rete Direzione Affari Istituzionali, alle risultanze della Conferenza di Servizi finale, acquisiti tutti i pareri necessari;

- di subordinare il procedimento autorizzativo dell'opera da realizzare al rispetto di tutte le prescrizioni riportate nei pareri confluiti nel presente atto, che qui si intendono integralmente riportati, ed in particolare al rispetto della L.R. 14/2007: "tutela e valorizzazione del paesaggio degli ulivi monumentali della Puglia";
- di trasmettere copia del presente provvedimento al Ministero dello Sviluppo Economico per i successivi adempimenti di competenza nonché, per opportuna conoscenza, al Ministero dell'Ambiente della Tutela del Territorio e del Mare - Direzione Generale della Difesa del Suolo ed alla Società Terna Spa Direzione Affari Istituzionali Via E. Galbani n. 70 Roma a cura del Servizio proponente;
- di dare atto che le opere in argomento sono individuate negli elaborati progettuali e nelle note tecniche inviate dalla società Terna S.p.a. alla Regione ed agli altri Enti interessati dalla Conferenza di Servizi;
- di rilasciare il parere paesaggistico con prescrizioni di cui all'art 5.03 delle NTA del PUTT/P;
- di pubblicare il presente atto, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il presente provvedimento è esecutivo

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 aprile 2013, n. 800

D. Lgs.vo 118/2011 art. 20 - Adempimenti conseguenti. Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013. Art. 42 L.R. 28/2011 e s.m.i.

L'Assessore al Welfare sulla base dell'istruttoria predisposta dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie confermata dai

Dirigenti dei Servizi GFSPAOS e ATP riferisce quanto segue:

L'art. 20 del D. Lgs.vo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e

2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" prevede che le Regioni garantiscano una esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale al fine di consentire l'immediata confrontabilità delle entrate e delle spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale;

In particolare il comma 2, lett a) del predetto articolo statuisce che le Regioni, per garantire effettività al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, provvedono ad accertare ed impegnare, nel corso dell'esercizio, l'intero importo del finanziamento sanitario corrente, comprensivo della quota premiale, delle quote di finanziamento vincolate o finalizzate nonché degli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno standard, come stimati dal competente Dipartimento delle Finanze;

Al fine di ottemperare alle disposizioni innanzi citate, che decorrono già a partire dal 1 gennaio 2012, così come richiesto al Tavolo di verifica ministeriale del 4 aprile 2013, occorre provvedere a completare le iscrizioni delle risorse vincolate relative all'esercizio finanziario 2012;

Viste le disposizioni contenute nell'art. 12 della L.R. 46/2012 che consentono, al fine di assicurare la tempestiva erogazione dei fondi in favore degli Enti del SSR, l'iscrizione in bilancio delle risorse sancite con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano;

Per le motivazioni innanzi riportate, si propone:

- di ottemperare al dettato normativo del sopra citato art. 20 del D.Lgs.vo 118/2011 proponendo l'iscrizione delle risorse vincolate sulla base delle delibere CIPE e delle Intese già acquisite, rideterminate prudenzialmente, dove inferiori, come da tabella allegata all'intesa CSR del 22.11.2012, giusta comunicazione del 18.1.2013 del Coordinamento tecnico della Commissione Salute, a

fronte di capitoli di nuova istituzione, con la finalità di definire la perimetrazione del finanziamento del SSR per l'esercizio 2012;

Quanto sopra premesso:

VISTA la legge regionale 16 novembre 2001, n. 28 e s.m.i., art. 42, comma 1;

VISTA la legge regionale di approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 pluriennale 2013-2015, n.46 del 28.12.2012;

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

Copertura finanziaria ai sensi della legge regionale n. 28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni

Procedere alla iscrizione delle quote di finanziamento sanitario vincolato riferite al 2012 come di seguito riportato:

1) Finanziamento interventi Legge 135/90 (Prevenzione e Lotta contro l'AIDS) Delibera CIPE 51/2012 FSN 2010.

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata Corsi di Formazione e Assistenza AIDS anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.242.214;**

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "F.S.N. Parte Corrente Vincolata Corsi di Formazione e Assistenza AIDS anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.242.214;**

2) Ripartizione Quota per Finanziamento Corsi Triennali in Medicina Generale 3^a annualità - Delibera CIPE 47/2012. FSN 2011

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata per il finanzia-

mento della formazione specifica in medicina generale anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.019.654,00;**

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "Spesa Finalizzata per la Formazione Specifica in medicina generale anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.019.654,00;**

3) Ripartizione quota accantonata per assistenza sanitaria agli stranieri irregolari presenti nel territorio nazionale, art. 35 D.Lgs.vo 286/1998). Delibera CIPE 122/2012.FSN 2010

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza sanitaria extra comunitari 1.40/98 e D.Lgs.vo 286/98 anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **1.839.925,00;**

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza sanitaria extra comunitari 1.40/98 e D.Lgs.vo 286/98 anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **1.839.925,00;**

4) Assegnazione alle Regioni della quota vincolata per l'assistenza hanseniani e loro familiari a carico. Intesa ai sensi art. 115, comma 1 lett.a) d.lgs.vo 112/98 FSN 20102011.

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza hanseniani e loro familiari a carico anno 2012 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **481.953,00;**

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza hanseniani e loro familiari a carico anno 2012 " con iscr-

zione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **481.953,00**;

5) Assegnazione alle Regioni della quota vincolata per interventi per la fibrosi cistica. Intesa CSR - Rep. Atti 211 del 25 ottobre 2012 - FSN 2011.

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 “F.S.N. Parte Corrente Vincolata finanziamento interventi fibrosi cistica anno 2012 “ con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **331.794,00**;

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. “F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza hanse-niani e loro familiari a carico anno 2012 “ con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **331.794,00**;

6) Assegnazione alla Regioni della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria - Intesa CSR del 22.11.2012 (euro 515.000,00) - Intesa CSR del 21.02.2013) F.S.N. 2012

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 “Art. 6 DPCM 1.4.2008 Assegnazione risorse per l’esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria “ con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **10.299.973,00**;

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.7.1. Art. 6 DPCM 1.4.2008 Assegnazione risorse per l’esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria “ con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **10.299.973,00**;

7) Assegnazione alle regioni fondo esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario. Delibera CIPE 48/2011 - FSN 2011.

PARTE ENTRATA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 “F.S.N. Parte Corrente Vincolata Fondo esclusività del rapporto del personale medico dirigente sanitario anno 2012” con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.124.349,00**;

PARTE SPESA

Cap. n.i. _____ del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. “F.S.N. Parte Corrente Vincolata Fondo esclusività del rapporto del personale medico dirigente sanitario anno 2012” con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.124.349,00**;

Ai successivi adempimenti contabili provvederanno i dirigenti competenti per la spesa mediante adozione di appositi atti dirigenziali. Alla liquidazione ed erogazione si procederà a seguito di acquisizione delle delibere CIPE ovvero delle Intese CSR relative alle assegnazioni per l’anno 2012.

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

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione dell’Assessore proponente;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell’Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie confermata dal Dirigente del Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale

A voti unanimi espressi dai presenti;

DELIBERA

di fare propria la relazione dell’Assessore al Welfare che qui si intende integralmente riportata e trascritta;

- di procedere alle variazioni di bilancio ex art. 42 L.R. 28/2011 e s.m.i. ed art. 12 L.R. 46/2013

come indicato nella sezione contabile del presente provvedimento;

- di incaricare i dirigenti dei Servizi competenti per la spesa ad adottare i successivi provvedimenti per i conseguenti adempimenti contabili e per l'erogazione delle risorse agli Enti del SSR;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia.
- di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42 della L.R. 28/2001 e s.m.i.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 aprile 2013, n. 801

Risorse vincolate ex art. 1, e 34 - 34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 - Accordo Rep. Atti n. 228/CSR del 22/11/12 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.L.gs n. 28/08/97, n. 281. Approvazione progetti ed iscrizione risorse in bilancio.

L'Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, confermate dai Dirigenti dei Servizi GFS, PAOS e PATP riferisce:

La Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome nella seduta del 22 novembre 2012 ha sancito **l'Accordo (Rep. Atti n. 227/CSR)**, sulle linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 - 34 bis, della legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del P.S.N. 2006/2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, al quale occorre fare riferimento, che riconosce quale obiettivo centrale del SSN la garanzia

dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto delle caratteristiche fondanti del servizio stesso.

Visto l'Accordo del 22 novembre 2012 (Rep. Atti 227/CSR) tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, per l'utilizzo da parte delle Regioni, delle risorse di cui alla citata legge n. 662/96, che ha individuato le linee progettuali di seguito sintetizzate, nell'ambito di una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2011 (accordo 20 aprile 2011) sperimentando un approccio integrato a temi meritevoli di approfondimento ulteriore:

Linea progettuale 1: "Le Cure primarie";

Linea progettuale 2: "La non autosufficienza"

Linea progettuale 3: "Le cure palliative e la terapia del dolore";

Linea progettuale 4: "Interventi per le biobanche di materiale umano";

Linea progettuale 5: "La sanità penitenziaria";

Linea progettuale 6: "L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano";

Linea progettuale 7: "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita";

Linea progettuale 8: "Malattie Rare";

Linea progettuale 9: "Valorizzazione dell'apporto del volontariato";

Linea progettuale 10: "Riabilitazione";

Linea progettuale 11: "La salute mentale"

Linea progettuale 12: "Piano Nazionale della Prevenzione".

La parte II del predetto accordo ha inoltre previsto ulteriori linee progettuali, per l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del P.S.N. 2006/2008, per l'anno 2012, che di seguito si indicano:

- Linea progettuale 1: “Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità”;
- Linea progettuale 2: “Misure dirette alla promozione dell’approccio di genere in sanità”;
- Linea progettuale 3: “Diagnosi di infezione da HIV”;
- Linea progettuale 4: “Promozione di una rete nazionale per i tumori rari”;
- Linea progettuale 5: “Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate”;

Vista l’Intesa del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n. 228/CSR) sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’articolo 1, comma 34, della legge n. 662/96, per l’anno 2012 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale definiti dal PSN 2006-2008;

Verificato che la tabella allegata alla citata **Intesa del 22 novembre 2012**, ha definito le risorse disponibili per le singole Regioni e ha assegnato alla **Regione Puglia** risorse pari ad € **108.467.148,00**;

Atteso che a seguito della stipula del predetto Accordo (**Rep. Atti 227/CSR**) e dell’Intesa (**Rep. Atti n. 228/CSR**) del 22.11.2012 relativa all’assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l’anno 2012, alle regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell’Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70% delle risorse che, per la Regione Puglia risultano pari ad euro 75.165.303,00;

Si ritiene di dover procedere alla iscrizione in bilancio della maggiore entrata per complessivi euro 108.467.148,00 mediante variazione al bilancio di previsione per l’e.f. 2013, istituendo capitoli di n.i. in parte entrata (UPB 2.1.15) in parte spesa (UPB 5.8.1), entrambi dotati di uno stanziamento di competenza e cassa pari ad euro 108.467.148,00;

Dato atto che l’Accordo del 22 novembre 2012 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l’anno 2012, che sono stati rispettati;

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, la Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione) e ne assicura il monitoraggio. A tal fine le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all’attuazione degli stessi e la rendicontazione della relativa spesa, anche tenuto conto che i progetti si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai livelli essenziali di assistenza;

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali di cui sopra sono state già avviate a sostegno dell’attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento;

Le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l’intera pianificazione regionale;

Ritenuto di dare mandato al Direttore dell’ Area “Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità” di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato dalle schede di progetto, onde consentire l’effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 22 novembre 2012;

Atteso che i progetti predisposti, (allegato n.1 alla presente deliberazione) risultano essere i seguenti:

1.Cure Primarie

Modello assistenziale di gestione dei “Percorsi Diagnostico Terapeutici” e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.

Zone deprivate: Sostegno ai pazienti diabetici.

Cure Primarie.

2. La non autosufficienza

Prestazioni ADI nelle ASL pugliesi

SLA Puglia 2011

Rete di Assistenza ai pazienti con Demenza.

Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità

3. Le cure palliative e la terapia del dolore

Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto

4. Interventi per le biobanche di materiale umano

Biobanche di sangue cordonale (SCO)

5. La Sanità Penitenziaria

Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale

7. Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali

8. "Malattie Rare"

SIMaRRP - Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro

10. "Riabilitazione"

Progetto Riabilitativo Individuale

11. "La salute mentale"

Potenziamento delle attività dei Centri di Salute Mentale

12. "Piano Nazionale della Prevenzione"

Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 2991 del 28 dicembre 2010.

Altre linee progettuali:**"Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate"**

Sorveglianza e prevenzione delle patologie da amianto nella popolazione pugliese: dal censimento

dei siti con presenza di amianto alle attività di sorveglianza epidemiologica e counselling

Per quanto sopra si propone alla Giunta di approvare i progetti previo recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n. 227/CSR) - Linee Progettuali anno 2012 - e dell'Intesa Stato-Regioni 22 novembre 2012 (Rep. Atti n.228/CSR) - Assegnazione risorse;

Si propone altresì alla Giunta di procedere alla contestuale iscrizione in bilancio di previsione per l'e.f. 2013 delle relative risorse;

VISTA la legge regionale 16 novembre 2001, n.28 e s.m.i., art.42, comma 1;

VISTA la legge regionale di approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 e bilancio pluriennale 2013 - 2015, n.46 del 28.12.2012

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L. R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

Visti l'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 (Rep. Atti 227 del 22.11.2012) e l'Intesa sulla proposta di deliberazione CIPE relativa alla assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2012 (Rep. Atti 228 del 22.11.2012) si procede, ai sensi dell'art. 42, comma 1, della L.R. 28/2001 e s.m.i. alla seguente variazione al bilancio per l'e.f. 2013:

PARTE ENTRATA

Capitolo di entrata di n.i.(CNI) _____ con declaratoria "Trasferimenti statali delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2012"- U.P.B. 2.1.15, con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad **euro 108.467.148,00;**

PARTE SPESA

Capitolo di spesa di n.i.(CNI) _____ con declaratoria "Trasferimenti agli Enti del servizio Sani-

tario Regionale delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2011" - U.P.B.. 5.8.1. con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad **euro 108.467.148,00**;

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 k), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore proponente, che qui si intende integralmente riportata;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e dai Dirigenti dei Servizi GFS, PAOS e PATP e dal competente Direttore di Area

DELIBERA

Per quanto in premessa indicato che qui si intende integralmente trascritto:

1. di recepire l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n. 227/CSR) - Linee Progettuali anno 2012 e l'Intesa Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n.228/CSR) - Assegnazione risorse anno 2012;
2. di approvare le schede di progetto - di cui all'allegato n.1 al presente atto - parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n. 227/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2012, pari ad euro 108.467.148,00 per la realizzazione degli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
3. di disporre che le linee progettuali, di cui al presente provvedimento, siano attuate a supporto all'attività istituzionale delle Aziende Sanitarie al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA);

4. di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie interessate trasmettano annualmente la relazione finale in merito alla realizzazione dei progetti stessi e la rendicontazione della relativa spesa ai referenti dei progetti;
5. di riservarsi, sulla base di eventuali rimodulazioni di progetto definite dai relativi Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, la ridestinazione e/o la riassegnazione delle risorse anche tra le suddette aree;
6. di trasmettere i progetti di cui al precedente punto 1. al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza;
7. di procedere, ai sensi dell'art. 42, comma 1, della L.R. 28/2001 e s.m.i. alla seguente variazione al bilancio per l'e.f. 2012:

PARTE ENTRATA

Capitolo di entrata di n.i.(CNI) _____ con declaratoria "Trasferimenti statali delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2012"- U.P.B. 2.1.15, con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad **euro 108.467.148,00**;

PARTE SPESA

Capitolo di spesa di n.i.(CNI) _____ con declaratoria "Trasferimenti agli Enti del servizio Sanitario Regionale delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2012" - U.P.B.. 5.8.1. con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad **euro 108.467.148,00**;

- di incaricare il Dirigente del Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale ad adottare, i successivi provvedimenti per le conseguenti registrazioni contabili;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Allegato !

LINEA PROGETTUALE 1

- 1. Modello assistenziale di gestione dei “Percorsi Diagnostico Terapeutici” e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia**
- 2. Cure Primarie**
- 3. Zone deprivate: Sostegno ai pazienti diabetici**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€20.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La moderna organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più sul modello di offerta HUB & SPOKE, che comporta lo sviluppo di un processo di riorganizzazione complessiva della rete ospedaliera a partire dalla disattivazione dei piccoli ospedali e la contestuale riconversione in strutture territoriali e si sostanzia nella produzione ed erogazione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di <i>Integrazione nella Rete</i> .
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'<i>Ospedale</i> al <i>Territorio</i> rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento per ragioni assai lontane dalle logiche tecniche e di evidenza scientifica.</p> <p>La Regione Puglia è impegnata nella realizzazione del "Piano di Rientro" 2010-2012 sottoscritto a seguito di accordo con i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze in data 29/11/2010 e approvato con <i>Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010 e con successiva L.R. n.2/2011.</i></p> <p>Il suddetto Piano ha previsto la disattivazione e/o riconversione di alcuni plessi ospedalieri e l'attivazione contestuale di Strutture Territoriali e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero. La chiusura dei predetti ospedali ha generato e genera tutt'ora tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da un punto di vista del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Attraverso lo sviluppo del sottosistema dell'emergenza-urgenza, sul quale si sta lavorando per proporre un suo riordino sia da un punto di vista ospedaliero che territoriale• La costruzione di un efficace Sistema Distrettuale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.• La promozione della prevenzione <p>I tre macrolivelli di assistenza Sistema Distrettuale, Sistema Ospedaliero e Sistema della Prevenzione dovrebbero poter contare e ottimizzare la propria programmazione a livello regionale e aziendale locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti previsti.</p> <p>All'interno di questo quadro, diventa indispensabile un sistema regionale che possa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Guidare e orientare il cittadino all'interno della complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico • Abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.
DESCRIZIONE	<p>Nei Comuni pugliesi sede degli stabilimenti interessati dal processo di Riordino Ospedaliero, nell'ambito del Piano di Rientro 2010/2012, vi è la necessità di attivare nel territorio forme di <i>assistenza primaria</i> in grado di garantire una gestione ottimale dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche e a lungo termine.</p> <p>Il <i>Disease and Care Management</i> (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico "dei fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche quelli relativi alla di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS).</p> <p>Si tratta, dunque, di realizzare una "<i>Governance</i>" dell'assistenza, per affermare un modello assistenziale al centro del quale è inserita "una persona" con un problema clinico ed "un piano di cure" individualizzato su cui convergono gli interventi di tutti gli attori coinvolti, incluso il paziente impegnato in un ruolo attivo di protagonista. L'intervento è basato sul rapporto fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono la collaborazione di Infermieri/Care manager specificamente formati alle tecniche del coaching.</p> <p>Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi governati dal MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> -verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento) -valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia)

	<p>-definizione degli obiettivi di salute -impostazione e sviluppo del Piano di Cure personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale) -monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute -formazione del paziente -ricorso appropriato ai servizi.</p>
OBIETTIVI	<p>Il Modello Assistenziale proposto si basa sulla presa in carico del paziente cronico (diabete mellito, malattia cardiovascolare, BPCO), nell'ambito delle Cure Primarie, secondo il Modello Assistenziale "<i>Chronic Care Model</i>" (oggi, Progetto Care Puglia), già sperimentato nella ASL di Lecce, con il progetto Leonardo.</p> <p>Il presente progetto, alla sua seconda annualità, si prefigge di</p> <p>OBTV Generico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estendere per ciascun medico aderente al progetto il numero di pazienti affetti da patologie croniche da coinvolgere nel processo della presa in carico secondo il Progetto Care Puglia • estendere il progetto anche negli altri Comuni sede di processo di disattivazione/riconversione ospedaliera non ancora coinvolti nella prima annualità <p>OBTV Specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali • Favorire l'aderenza al follow-up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza • Evitare il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato • Contenere i tempi di attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali. • Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione. <p>Caratteristica fondante del modello è l'orientamento all'empowerment del paziente che dovrà essere coinvolto nella determinazione del piano delle cure ed altro elemento fortemente innovativo è l'infermiere /care manager, una figura che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione,</p>

	<p>educazione al self-management e coaching del paziente. E' una figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, in grado di favorire l'integrazione e di fungere da tutor del paziente.</p> <p>Gli infermieri/CM svolgono nell'ambito della medicina generale anche attività di assistenza domiciliare.</p> <p>Occorrerà valutare in ogni realtà locale la disponibilità del personale infermieristico già in organico, al fine di reclutare un numero adeguato di Care Manager.</p> <p>La Scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e sviluppata nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.</p> <p>Il finanziamento ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arruolamento dei pazienti affetti da patologie croniche: Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad alto Rischio Cardio Vascolare, Scompenso Cardiaco, BPCO e Sindrome Metabolica - Responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano di Cure <p>II Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prime analisi dei dati prodotti
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estensione del numero dei MMG in ciascuno dei comuni nei quali il progetto è stato avviato 2. Per ciascun MMG aumento del n. pazienti con una o più delle patologie croniche individuate e inserite nel progetto di presa in carico 3. Estensione del progetto agli altri comuni sedi di stabilimenti ospedalieri, oggetto di riconversione, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei MMG
RISULTATI ATTESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione del "Modello Chronic Care Model" (oggi, <i>Progetto Care Puglia</i>) come riferimento culturale e assistenziale nelle cure primarie, a

	<p>partire dal livello assistenziale di base</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Diffusione del ruolo e delle competenze professionali dell'infermiere nelle cure primarie 3. Definizione di modelli efficaci di collaborazione interdisciplinare ed interprofessionale per garantire la realizzazione dei Piani di Cura 4. Miglioramento dell'aderenza dei pazienti al trattamento e al follow-up, secondo le raccomandazioni proposte da specifici PDTA 5. Miglioramento degli esiti clinici 6. Riduzione della mobilità sanitaria 7. Riduzione dell'impatto sulle liste di attesa, attraverso una programmazione degli accessi in agende dedicate 8. Riduzione del numero di ricoveri sia programmati che in urgenza. 								
<p>RELAZIONE ANNO 2011</p>	<p>Il progetto finalizzato allo sviluppo di forme innovative di assistenza primaria dei pazienti affetti da patologie croniche secondo l'approccio del Disease and Care Management, ha coinvolto nella prima fase solo alcuni dei comuni pugliesi sede degli stabilimenti ospedalieri interessati dal processo di Riordino nell'ambito del Piano di Rientro 2010/2012:</p> <p><i>ASL/BA DSS n. 3 Bitonto,</i> <i>ASL/BT DSS n. 3 Minervino Murge e Spinazzola,</i> <i>ASL/BR DSS n. 3 Ceglie Messapica,</i> <i>ASL/FG DSS n. 8 S. Marco in Lamis,</i> <i>ASL/LE DSS n. 7 Maglie,</i> <i>ASL/LE DSS n. 2 Campi Salentina,</i> <i>ASL/LE DSS n. 5 Galatina,</i> <i>ASL/TA DSS n. 2 Massafra.</i></p> <p>Il rilevamento effettuato ha evidenziato i seguenti dati:</p> <table border="1" data-bbox="826 1666 1401 1890"> <thead> <tr> <th colspan="2">Pazienti presi in carico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Femmine</td> <td>840</td> </tr> <tr> <td>Maschi</td> <td>747</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>1587</td> </tr> </tbody> </table>	Pazienti presi in carico		Femmine	840	Maschi	747	Totale	1587
Pazienti presi in carico									
Femmine	840								
Maschi	747								
Totale	1587								

Pazienti presi in carico per fasce d'età		
Anni	n.	%
< 25	9	0,56
26 – 35	16	1,008
36 – 45	46	2,898
46 – 65	574	36,16
> 65	942	59,35
Totale	1.587	100%

Pazienti presi in carico per fasce d'età		
Patologia	n.	%
Diabete tipo I	74	4,662
Diabete tipo II	735	46,31
Rischio MCV	532	33,52
Scompenso cardiaco	21	1,323
Rischio Diabetico	26	1,638
BPCO	101	6,364
MCV conclamata	212	13,67

Pazienti sottoposti a rivalutazione dello score D&CM	
Score	n. pazienti
In diminuzione	184
In aumento	34
Costante	154
Totale pazienti rivalutati	372

Inoltre, attraverso il sistema di "Telemedicina" sono stati eseguiti:

	<p>N. 468 ECG N. 18 Holter</p> <p>Ad una prima valutazione il progetto, giunto alla sua <i>seconda annualità</i>, si è dimostrato in grado di indicare una prospettiva adeguata alla esigenza di dotare il Distretto Socio-Sanitario di forme organizzative ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale dei Medici delle cure primarie, coerente con l'esigenza di offrire risposte appropriate ai bisogni complessi della popolazione.</p> <p>Ha inoltre messo in evidenza che le persone affette da patologie croniche ricevono assistenza guidata e personalizzata attraverso la presa in carico globale</p> <p>Nella fase successiva il modello andrà esteso a tutti i 49 DSS attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei MMG, la formazione del personale coinvolto nel processo, l'istituzione degli ambulatori infermieristici nelle strutture individuate dalla Direzione del distretto e l'installazione e utilizzo del software gestionale.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Cure Primarie
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€30.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel Piano di Rientro è previsto, fra le azioni prioritarie d'intervento il potenziamento e la riorganizzazione della "rete territoriale".</p> <p>Infatti per garantire la qualità del Sistema Sanitario Regionale è necessaria una forte integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza socio-sanitaria.</p> <p>Integrazione che ha mostrato di corrispondere alle esigenze di sviluppo economico-sociale della Regione e di</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>rispondere contemporaneamente ai bisogni socio-sanitari sempre più complessi conseguenti allo sviluppo stesso.</p> <p>Un esempio del nuovo modo di coordinare la domanda con l'offerta per il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, è rappresentato dalla gestione del Territorio attraverso un processo di sviluppo delle Cure Primarie, con l'obiettivo di individuare ed organizzare la Rete Assistenziale Territoriale, nella quale un ruolo determinante è rappresentato dai Medici Convenzionati (MMG, PLS, CA).</p> <p>Infatti le Cure Primarie, in una logica di <i>Rete</i>, consentono di garantire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la "presa in carico integrata" dei bisogni degli assistiti 2. la continuità delle cure, adeguando le proprie capacità di risposta alle mutate necessità dei cittadini, favorendo modelli organizzativi diversificati con elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti territoriali.
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, <i>alla sua seconda annualità</i>, identifica un modello organizzativo che deve contribuire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri • ad elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda di appartenenza • a salvaguardare il rapporto fiduciario medico-paziente <p>In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata una particolare attenzione alla realizzazione di azioni importanti per sostenere l'obiettivo "Cure Primarie". Attraverso l'Accordo Regionale della Medicina Generale, pubblicato sul BURP del 18 gennaio 2008, la Regione Puglia ha costruito un modello di governo delle Cure Primarie.</p> <p>L'accordo ha favorito la promozione sviluppo dell'impegno dei Medici di</p>

	<p>Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta attraverso un incremento delle forme evolute di collaborazione tra MMG, PLS e Medici della continuità assistenziale, finalizzato al miglioramento complessivo delle attività connesse alle cure primarie.</p> <p>L'associazionismo medico consente, tra l'altro, l'erogazione di attività di counseling, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare, con particolare riferimento a quella programmata e favorisce, nel contempo, lo sviluppo della pratica dell'utilizzo di linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici gestiti in team.</p> <p>Ma la medicina generale pugliese si distingue anche per gli obiettivi di salute concordati con la Regione, come il calcolo del rischio cardiovascolare, l'applicazione di un protocollo di gestione dei malati diabetici e la ricerca di complicanze renali nei diabetici e negli ipertesi.</p>
OBIETTIVI	<p>Rafforzamento e riorganizzazione della "rete territoriale" per garantire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. una "presa in carico integrata" dei bisogni degli assistiti 2. continuità delle cure
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> • Tavoli tecnici con le OOSS • Definizione dell'AIR • Governo dei processi di cambiamento e verifica della sperimentazione
RISULTATI ATTESI	<p>Le Cure Primarie così strutturate creano un'alternativa valida all'Ospedale attraverso l'integrazione degli erogatori dei servizi assistenziali territoriali.</p>
RELAZIONE ANNO 2011	<p>A seguito del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale, nell'ambito del Piano di Rientro, sono numerose le sedi disponibili ad accogliere le forme organizzative complesse della medicina generale. Infatti, "la Puglia rappresenta una Regione avanzata nell'organizzazione delle Cure Primarie in Italia", i medici di famiglia pugliesi</p>

	<p>operano in forme associate nell'80% dei casi.</p> <p>La Regione Puglia, attraverso gli accordi stipulati con la Medicina Generale, ha coinvolto nell'organizzazione delle forme complesse di associazionismo su tutto il territorio regionale globalmente all'anno 2011:</p> <p>Medici di Medicina Generale:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. 3.319 MMG della Regione Puglia;• n. 2.412 MMG in forme associative;• n. 599 forme associative; <p>Pediatri di Libera:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. 581 PLS della Regione Puglia;• n. 298 PLS in forme associative;• n. 74 forme associative; <p>Infermieri:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. 454 Infermieri nelle forme associative; <p>Collaboratori di Studio:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. 3.531 Collaboratori di Studio nelle forme associative. <p>Ai Medici di Medicina Generale (MMG), dopo adeguata formazione, è stato affidato il compito di calcolare il punteggio individuale del rischio cardiovascolare in uomini e donne di età compresa tra i 35 e i 69 anni che non avevano mai manifestato sintomi e/o segni di un accidente cardiovascolare maggiore (popolazione target), valutando i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari con metodiche standardizzate.</p> <p>Ciascun medico ha trasferito l'elenco dei punteggi calcolati al Distretto Socio-Sanitario di competenza, che ha provveduto a sua volta all'invio all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.</p> <p>Agli stessi MMG è stata affidata la gestione del rischio dei pazienti, secondo le linee guida e la documentazione prodotta dal CCM, e la</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

rivalutazione del punteggio individuale secondo gli intervalli temporali raccomandati.

Al 30 novembre 2011, 533 Medici di Medicina Generale (MMG) della regione Puglia (15,8% del totale) avevano effettuato la valutazione del RCV dei propri assistiti.

La proporzione dei MMG partecipanti è più elevata nella ASL Bari e più bassa nella ASL Foggia.

Nel Progetto per la Prevenzione del Rischio Cardiovascolare in Puglia il 74,2% (n=391) dei medici inclusi nell'analisi ha calcolato il rischio individuale ad almeno il 40% della popolazione target dei propri assistiti. Considerando tutti i MMG pugliesi, si può calcolare che l'11,6% ha calcolato il RCV ad almeno il 40% dei propri assistiti.

Il punteggio medio nella popolazione screenata risulta pari a $5,2 \pm 6,4$, senza differenze statisticamente significative tra le AA.SS.LL.

I dati raccolti dai 533 medici di famiglia pugliesi dall'avvio del progetto sono ampiamente rappresentativi (9,8% della popolazione target) e dimostrano che il valore medio del rischio cardiovascolare della popolazione pugliese (5,2) è sovrapponibile con quello della popolazione italiana (5,7).

Tuttavia in Puglia tra i due bienni si evidenzia una diminuzione statisticamente significativa della proporzione di uomini con rischio elevato ($p < 0,05$); in particolare la riduzione è più evidente nella fascia d'età 56-69 anni ($p < 0,05$).

In termini assoluti significa che in Puglia, grazie a questo processo di prevenzione primaria, i medici di famiglia hanno messo in atto strategie che hanno ridotto eventi cardiovascolari, infarto del miocardio o ictus, in 28.000 pugliesi a

	<p>rischio elevato con un probabile risparmio per il servizio sanitario regionale di oltre 100 milioni di euro.</p> <p>Come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, nel 2011 in Puglia è stato avviato un Progetto finalizzato all'applicazione di un protocollo di gestione dei malati diabetici e la ricerca di complicanze renali nei diabetici e negli ipertesi.</p> <p>L'obiettivo del progetto è la definizione di percorsi assistenziali di presa in carico del paziente diabetico distinguendo due gruppi:</p> <ul style="list-style-type: none">• pazienti con complicanze correlate alla diagnosi principale;• pazienti senza complicanze. <p>Possono partecipare a questo progetto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. il 20% dei MMG iscritti negli elenchi delle AA.SS.LL.;2, i MMG che hanno partecipato alla prima fase del progetto RCV ed hanno raggiunto il 35% della popolazione target;3. Anzianità di utilizzo della cartella clinica informatizzata documentata dalla data di riconoscimento dell'indennità informatica. <p>I dati relativi al progetto Diabete sono in fase di elaborazione da parte dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	
TITOLO DEL PROGETTO	Zone deprivate: Sostegno ai pazienti diabetici
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€100.000,00
--------------------------------	--------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definiva la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità" (OMS, 1986).</p> <p>La salute, quindi, intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale, si configura come la risultante di una complessa concatenazione causale che trova la sua origine nella struttura di base dei modelli sociali.</p> <p>Da molti anni la letteratura scientifica invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano, lungo tutto il corso della</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

vita, la salute così definita. Nel 2008 la Commissione dei Determinanti Sociali della Salute dell'OMS ha invitato i Paesi membri a ridurre, nell'arco di una generazione (circa in 25 anni), il gradiente sociale della salute nelle popolazioni di riferimento. Se, infatti, le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere. L'OMS stima che i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscano per il 40-50% sulla salute delle persone, l'eredità genetica per un ulteriore 20-30% e che solo il 10-15% una buona salute dipenda esclusivamente dalle cure mediche.

Le differenze nello stato di salute sono largamente attribuibili a una differente distribuzione dei determinanti della salute tra i diversi gruppi di popolazione, dove per determinanti sociali della salute si intendono "le condizioni nelle quali le persone sono nate, crescono, vivono, lavorano e invecchiano incluso il sistema sanitario. Queste circostanze sono influenzate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale, le quali sono influenzate dalle scelte politiche" Nell'intera popolazione, al diminuire della posizione sociale si osserva un decremento lineare e graduale della salute delle persone, tale decremento è detto gradiente socioeconomico in salute (Marmot 2004). In qualunque modo si misuri la salute, tende a esserci un gradiente in cui i gruppi socialmente ed economicamente più avvantaggiati hanno una migliore salute e benessere, e una minore incidenza di malattia e di morte rispetto ai gruppi più svantaggiati.

La Regione Puglia è la terza regione italiana a più elevata prevalenza della malattia diabetica, dopo Basilicata e Calabria. Il diabete è al sesto posto tra le malattie croniche più frequenti in Italia, con un trend in aumento negli ultimi anni: infatti, in Puglia, la prevalenza è aumentata dal 5.4% nel

	<p>2003 al 6.5% nel 2008.</p> <p>Non sono emerse differenze significative relative alla prevalenza del diabete tra le ASL regionali (range 4% Bari e Bat – 6% Taranto e Foggia).La mortalità per diabete mellito in Puglia risulta più alta rispetto alla media nazionale, infatti il tasso di mortalità in Puglia è pari a 4.57 per 10.000 ab. a fronte di un tasso nazionale di 3.38 per 10.000 ab. Molti pazienti diabetici residenti nei paesi del sub appennino dauno (aree depresse) devono recarsi presso strutture sanitarie distanti per essere sottoposti ai controlli necessari per ottimizzare le terapie e raggiungere il compenso metabolico. In tali circostanze per questi pazienti, spesso affetti da gravi complicanze invalidanti (retinopatie, ulcere cutanee, nefropatie, eventi cardiovascolari etc.) si configura una grave difficoltà (talvolta un vero e proprio impedimento) di accesso all'assistenza. Per consentire un miglioramento del monitoraggio della malattia, in particolare garantire gli approfondimenti diagnostici previsti dalle Linee Guida SIMG, si rende necessario supportare il modello assistenziale di base fornendo ai medici di medicina generale del territorio gli strumenti necessari alla gestione clinica dei pazienti non complicati, attraverso un upgrading di conoscenze/competenze.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto si pone l'obiettivo, in una ottica di presa in carico globale e continua del paziente diabetico, di garantire da parte delle strutture territoriali della ASL/FG l'attivazione di un sistema efficace di controllo a domicilio dei pazienti diabetici non complicati mediante l'implementazione di strumenti atti al controllo della emoglobina glicosilata e la formazione dei medici di medicina generale presenti nel territorio del subappennino dauno con la collaborazione delle Università degli Studi di Bari e Foggia.</p> <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà assegnato alla ASL/FG per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso.</p>

<p>OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eseguire uno screening della popolazione diabetica residente nei paesi del sub appennino dauno attraverso i MMG aderenti al progetto su base volontaria - Facilitare il percorso clinico del paziente diabetico - Ridurre il carico di lavoro della medicina specialistica facendo confluire negli ambulatori della ASL un minor numero di pazienti compensati screenati dai MMG, con una sicura riduzione dei tempi di attesa. - Realizzazione di un meeting di allineamento dei medici partecipanti (Facilitare il percorso terapeutico dei pazienti diabetici fuori controllo e migliorare la percentuale di pazienti in compenso, riduzione del numero delle ospedalizzazioni, riduzione della spesa sanitaria, testare in una ASL pilota la fattibilità di un modello di intervento nelle aree deprivate). - Creare un link preferenziale tra le Università di Bari e Foggia e gli specialisti ambulatoriali per la selezione dei pazienti da sottoporre ad approfondimenti diagnostici.
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>I FASE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentazione del programma ai MMG, ASL, Università • Arruolamento e adesione dei MMG e relativa formazione • Ricognizione delle modalità di acquisto di n 2.000 kit portatili di emoglobina glicosilata. <p>II FASE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening dei pazienti diabetici presenti nei territori individuati da parte dei MMG (supporto dello specialista ove presente) • Valutazione della Emoglobina glicosilata all'ingresso (tempo zero). <p>III FASE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misurazione emoglobina glicosilata (a sei mesi) • Ottimizzazione della terapia per migliorare il controllo glicemico dei

	<p>pazienti non complicati</p> <p>IV FASE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Misurazione emoglobina glicosilata (a dodici mesi)• Ottimizzazione della terapia per migliorare il controllo glicemico dei pazienti non complicati. <p>Durante tale periodo i dati relativi al monitoraggio dei pazienti seguiti, verranno inviati ai refering dell'ASL di competenza e all'A.ReS.</p> <p>Al termine della attività progettuale (2013): Presentazione e valutazione dei risultati ottenuti, pubblicazione su riviste specializzate.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LINEA PROGETTUALE 2***LA NON AUTOSUFFICIENZA***

1. Prestazioni ADI nelle ASL pugliesi
2. SLA Puglia 2011
3. Rete di Assistenza ai pazienti con demenza
4. Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Prestazioni ADI nelle ASL pugliesi
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€9.850.409,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	In Puglia il potenziamento delle PUA (Porta Unica di Accesso) e l'integrazione dei percorsi di presa in carico ha determinato nell'ultimo biennio un incremento considerevole della percentuale di casi trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Tuttavia la media regionale che si attesta intorno al 2% è ancora lontana dall'obiettivo di servizio da conseguire entro il 2012 e che fissa al 3.5% della popolazione ultrasessantacinquenne la
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	percentuale di popolazione da assistere a domicilio.
DESCRIZIONE	<p>Nell'ambito della realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, sono state individuate le seguenti priorità:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Potenziare ed estendere i Punti Unici di Accesso (PUA) nei DSS delle ASL Provinciali; b) Procedere ad una ricognizione delle modalità di Presa in Carico della persona non autosufficiente attivate; c) Potenziare i servizi sanitari e socio-sanitari con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente. <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso nei DSS interessati.</p>
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto, alla sua <i>seconda annualità</i>, è rivolto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supportare tutte le ASL pugliesi nella organizzazione delle PUA e nel potenziamento delle equipe per l'assistenza domiciliare integrata.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo trimestre Valutazione della organizzazione delle PUA e UVM</p> <p>Secondo trimestre Attività formativa e informativa</p> <p>Terzo e Quarto trimestre Analisi dei dati</p>
INDICATORI	<p>Indicatore di struttura -n. PUA potenziate e n. equipe attivate per prestazioni ADI con composizione standard (6 unità per ciascuna equipe)</p> <p>Indicatore di processo -n. di prestazioni ADI erogate/Asl individuate</p>

	Indicatore di risultato -n. campagne di comunicazione rivolte agli utenti.
RISULTATI ANNO 2011	<p>Sono stati elaborati i dati suddivisi per ASL relativamente alla popolazione assistita in ADI rispetto al totale della popolazione anziana. (All.to 1)</p> <p>L'analisi dei dati ha messo in evidenza che nelle forme attivate è prevalente l'erogazione di prestazioni di carattere sanitario (ADS).</p> <p>Si ritiene pertanto che le prestazioni di ADI intesa come integrazione tra parte sanitaria e parte sociale rappresentano una percentuale inferiore rispetto al totale delle prestazioni.</p> <p>Molto critica appare la situazione della provincia di Bari anche in riferimento alla quantità di popolazione in essa residente.</p>

Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (>= 65 anni), per ASL. Regione Puglia – Anno 2011

Codice	Denominazione	% anziani trattati in ADI	N° anziani trattati in ADI	Popolazione residente >=65 anni
-	ITALIA	4,12	502.475	12.206.503
160	PUGLIA	1,80	13.431	744.808
106	Azienda-Usl BR	3,20	2.457	76.834
112	Azienda-Usl TA	2,18	2.313	106.299
113	Azienda-Usl BAT	1,61	995	61.743
114	Azienda-Usl BA	0,68	1.493	220.044
115	Azienda-Usl FG	3,03	3.515	115.880
116	Azienda-Usl LE	1,62	2.658	164.008

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	SLA Puglia 2011
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 4.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	A fronte di un quadro epidemiologico in continua evoluzione (un numero di casi compreso tra 250 e 500 ed un'incidenza media di 64 nuovi casi l'anno) la realtà regionale dei servizi offerti ai pazienti affetti da SLA ed alle loro famiglie è estremamente frammentata.
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>La qualità e l'intensità dell'assistenza, in particolare quella domiciliare, ma anche quella offerta da centri e strutture specializzate, varia enormemente tra le varie Aziende Sanitarie e anche a livello di singolo Distretto Socio Sanitario.</p> <p>Pertanto gli interventi socio assistenziali e socio sanitari programmati nell'ambito della presente attività progettuale assolvono all'obiettivo di colmare tali differenze attraverso modalità di intervento individuali e di sistema.</p> <p>Il contatto costante con le associazioni di tutela, i familiari degli assistiti e gli assistiti stessi ha fatto emergere un quadro di bisogni ben definito, ovvero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necessità di assistenza a domicilio 2. Disponibilità di un centro di elevata specializzazione come punto di riferimento, al fine di poter gestire anche le evoluzioni della malattia
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, alla sua <i>seconda annualità</i>, è fortemente orientato ad accrescere il livello di integrazione della presa in carico domiciliare delle persone affette da SLA ed altre malattie rare neuromuscolari di diagnosi affine, attraverso l'istituzione, presso ciascuna ASL, di un referente per la SLA con il compito di coordinare l'offerta assistenziale e di coordinarsi con le Unità Operative di Neurologia che vengono individuate quali <i>centri di riferimento</i> per la diagnosi, in collaborazione con il Centro di riferimento regionale.</p> <p>Il Distretto Socio-Sanitario si deve invece occupare dell'assistenza domiciliare, delle cure palliative, della fornitura di ausili. Il <i>Centro di Riferimento</i> individuato è il <i>Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Bari</i>, che ha il compito di organizzare, attivare e coordinare il programma assistenziale per le persone con SLA, elaborando una cartella clinica condivisa tra tutte le Unità di Neurologia ed una banca dati sul Registro Regionale; la struttura deve inoltre promuovere e coordinare attività di ricerca. A sostegno dei pazienti terminali neurologici, si individuano le strutture di ricovero per l'assistenza intensiva.</p>

	<p>L'Unità Operativa del Servizio Pneumologico dell'ASL di Brindisi invece eroga ai pazienti con SLA, attraverso l'Ambulatorio per i Disturbi Respiratori nelle Patologie Neuromuscolari, il servizio di follow up respiratorio in un giorno settimanale dedicato, con controlli periodici.</p> <p>Coordina inoltre il servizio di Assistenza Respiratoria Domiciliare (ARD) distribuito sul territorio di competenza territoriale dell'ASL, mettendo a disposizione ai pazienti in Ventilazione Meccanica Invasiva, impossibilitati a muoversi, le tecnologie e le competenze specialistiche pneumologiche al domicilio, attraverso un continuo monitoraggio.</p> <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso.</p>
OBIETTIVI	<p>Le attività programmate hanno la finalità di incidere sui beneficiari degli interventi attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incremento dei percorsi assistenziali domiciliari di presa in carico globale della persona con SLA (valutazione multidimensionale e multidisciplinare e progetto personalizzato) e dei suoi familiari integrata con l'offerta dei servizi sanitari;2. Incremento del numero effettivo di ore di ADI;3. Formazione del care giver familiare e/o privato (assistenti familiari);4. Valorizzazione/quantificazione del lavoro di cura prestato dal familiare care giver. <p>Per l'attuazione del programma verranno promosse forme di collaborazione fra l'Assessorato al Welfare, l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'AReS – Agenzia Regionale di Sanità (già collaboranti nell'ambito della Commissione Regionale per l'integrazione Sociosanitaria art. 1 della l.r. n. 19/2006).</p>

	<p>Obiettivi Specifici del presente progetto: Favorire percorsi assistenziali di presa in carico di persone gravemente non autosufficienti con la integrazione per il medesimo caso di interventi domiciliari, semiresidenziali a ciclo diurno, ricoveri di sollievo temporaneo.</p> <p>Adeguate formazione dei familiari care giver e degli operatori care givers (OSS e operatori sociali che erogano servizi di assistenza domiciliare).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I Semestre: analisi dei bisogni e monitoraggio degli interventi</p> <p>II Semestre: definizione dei PAI ad elevata intensità assistenziale e complessità</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • n. UVM coinvolte per la valutazione dei casi • n. PAI elaborati • n. corsi di formazione e di operatori formati • n. care givers formati
RISULTATI ATTESI	<p>Analisi delle buone prassi per la definizione e implementazione di protocolli sanitari e assistenziali innovativi.</p> <p>Definizione di Progetti Assistenziali Integrati che rispondano alle esigenze dell'assistito e della sua famiglia.</p> <p>Attività di formazione degli operatori care givers (con particolare riferimento agli OSS e agli operatori sociali che erogano servizi di assistenza domiciliare).</p>
RELAZIONE ANNO 2011	L'analisi dei dati di attività, è ancora in corso.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Rete di assistenza ai pazienti con demenza
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le Demenze hanno un notevole rilievo in termini di impatto socio-sanitario sia perché un sempre maggior numero di pazienti e relative famiglie ne sono coinvolte (in Italia il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione, l'Associazione Alzheimer Bari riferisce la presenza in Puglia di circa 65.000 soggetti malati) sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Le Demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità e, dato il progressivo</p>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>invecchiamento della popolazione generale, queste patologie costituiscono ormai un grave problema di sanità pubblica. Sul territorio regionale si rileva ancora una scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, Medici di Medicina Generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata che rischia di tradursi in una carenza della presa in carico e nella continuità assistenziale.</p> <p>La gestione delle demenze è ancora affrontata con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato può rappresentare una efficace risposta alla complessità di tale patologia, all'interno di uno scenario caratterizzato da una riduzione di posti letto ospedalieri.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, alla sua seconda annualità, ha individuato la "gestione integrata" della demenza come una delle aree da includere nella programmazione regionale.</p> <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti 2. Garantire nella rete integrata socio-sanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare, <u>gli attuali livelli assistenziali</u>.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Potenziamento dell'attività delle Unità Valutative operanti.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Numero delle valutazioni effettuate in UVM attivate • Numero di percorsi formativi realizzati
RISULTATI ATTESI	<p>I principali risultati attesi sono:</p> <p>Migliorare l'assistenza ai malati con Demenza e alle loro famiglie inserendo nell'offerta anche la Formazione e l'Assistenza Domiciliare nelle fasi della malattia in cui maggiore è il rischio di istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione.</p>
RELAZIONE ANNO 2011	I dati di attività del progetto è ancora in corso di elaborazione.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il <i>Piano Regionale di Salute 2008-2010</i> e il <i>Piano Regionale delle Non Autosufficienze (D.G.R. n.1984/08)</i> hanno individuato tra le priorità del SSR e del sistema dei Comuni, la attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	piano individualizzato di assistenza, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.
DESCRIZIONE	Con il presente progetto, di durata pluriennale, si intende continuare a mettere a disposizione dei pazienti affetti da gravi patologie neuromotorie sistemi di comunicazione da destinarsi a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetra paresi). Le risorse economico-finanziarie sono assegnate alle AA.SS.LL., che provvederanno all'acquisto dei comunicatori da assegnare in comodato ai pazienti (attraverso modalità che garantiscano la formazione del caregiver e le spese di assistenza)
OBIETTIVI	Favorire la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia della persona non autosufficiente, attraverso l'uso di nuove tecnologie.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Entro il primo semestre: distribuzione, sulla base delle richieste pervenute, di sistemi di comunicazione da destinarsi a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetra paresi). Al termine della attività progettuale: trasmissione ed elaborazione all'A.Re.S. dei dati raccolti.
INDICATORI	Indicatore di processo -% di soggetti sul totale, destinatari della predetta tecnologia Indicatore di risultato -% di soggetti sul totale, che ottengono i trattamenti e i benefici previsti
RISULTATI ATTESI	Presenza in carico omogenea e soddisfazione del bisogno di comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie. Aggiornamento e formazione del personale.
RELAZIONE ANNO 2011	ASL LECCE Sono stati assegnati dal Dipartimento di Riabilitazione ASL LE n. 3 puntatori per un costo di € 50.671,20. Nell'anno 2010 sono stati assegnati ulteriori n. 4 comunicatori a puntamento oculare, con gara vinta dalla Orthogea, mod/Erika System, al prezzo di € 12.168.00 per un totale di € 48.672.00; nell'anno 2011, con delibera n. 1504

del 05/08/2011 dopo gara, è stata affidata alla ditta Sapiolife SRL la fornitura di n. 10 comunicatori a puntamento oculare, mod. Dialogo 2.0, al prezzo di euro 10.700.00 ciascuno, per un totale di euro 107.000,00 più IVA al 4%.

Gli eventi formativi realizzati sono stati 2:

1. Si è tenuto un convegno dal titolo "SLA: quali servizi e quali strumenti per le persone con malattie neurodegenerative". Il convegno, al quale hanno partecipato Medici, Psicologi, Fisioterapisti, Logopedisti, è stato effettuato in collaborazione con la ASL di Modena e la partecipazione del Dr. Mazzoleni, Direttore UOC di Medicina fisica e riabilitativa, esperto della materia;
2. Nel 2010 un secondo evento interno, durante il quale sono state illustrate agli operatori del Servizio Riabilitativo le Linee Guida, emanate dallo stesso Servizio, per regolamentare l'assegnazione dei comunicatori a puntamento oculare.

Inoltre la ASL di Lecce, dopo le prime richieste del dispositivo avanzate dagli utenti, ha approntato delle gare per la cessione in comodato d'uso dei comunicatori e definendo le linee guida che consentono di assegnare il dispositivo giusto ai richiedenti.

ASL TARANTO

In ottemperanza alla DGR n. 1174, il 23/09/2009 è stata definita con delibera aziendale n. 3669 la "Rete" per l'assistenza e la presa in carico dei pazienti affetti da SLA e che solamente dopo tale data, all'interno dei propri nodi, la Rete, avvalendosi di una forte integrazione Ospedale Territorio, ha affrontato ogni problematica, ivi compresa quella inerente la prescrizione e l'acquisto di comunicatori vocali e la formazione di professionisti (psicologi) che, nell'ambito della loro attività di sostegno psicologico, ne permettono un uso più appropriato.

In particolare n. 4 pazienti hanno tratto immediato beneficio dall'ausilio e lo usano ancora, per altri 2 casi l'uso non è corrisposto alle aspettative per aggravamento sopravvenuto e/o perché il paziente non è risultato in grado di farne un utilizzo normale.

	<p>ASL BRINDISI</p> <p>Nel triennio di riferimento sono stati complessivamente acquistati dai quattro Distretti S.S. di questa Azienda n. 3 PC con ausili informatici a controllo oculare, per un importo complessivo di € 63.346.40 ed un totale di n. 4 pazienti destinatari (1 di essi è stato riutilizzato).</p> <p>ASL BT</p> <p>Per n. 2 pazienti affetti da S.L.A., questa ASL ha acquistato i seguenti comunicatori vocali: DSS n. 2 di Andria n. 1 comunicatore vocale per una spesa pari a 13.680.00, DSS n. 4 di Barletta n. 1 comunicatore vocale per una spesa di € 11.856.00.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITÀ

1. Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITÀ SPINALI E DELLE STRUTTURE PER PAZIENTI GRAVI CELEBROLESÌ.
TITOLO DEL PROGETTO	Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Via Caduti tutte le guerre, 15-BARI Telefono 080.540.3493 – e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.800.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata, in studi a valenza regionale, su 18-20 nuovi casi per milione di abitanti per anno.</p> <p>Le cause più frequenti delle lesioni midollari in Italia, come in altri paesi, sono legate a fattori traumatici; in particolare, gli incidenti stradali e quelli sportivi costituiscono il 60% di tutte le lesioni midollari con proporzione quasi identica tra paraplegie e tetraplegie. Altre cause frequenti di lesione midollare sono gli infortuni sul lavoro e gli episodi di violenza contro la persona. L'età dei traumatizzati dimostra due picchi di frequenza a 20 e 59 anni. Il rapporto maschi – femmine risulta essere di 4:1.</p> <p>Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielolesione traumatica l'anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici.</p> <p>Bisogna inoltre considerare che la prevalenza di PLM è stimata a 1:900 il che fa presupporre che nella nostra Regione ci siano attualmente 4400 persone con lesione midollare.</p> <p>L'attuale situazione regionale determina due componenti principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato • l'incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale.
DESCRIZIONE	<p>Le risorse vengono attribuite in maniera tale che possano essere potenziate le risorse umane (dotazione organica) quelle strumentali nonché i percorsi formativi per il personale della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.</p>

OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all'assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l'assetto organizzativo - Condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione ed addestramento del personale reclutato per l'assistenza a soggetti affetti da lesioni midollari <p>Secondo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione e condivisione di criteri di accesso, di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza (strutture riabilitative di 1° e 2° livello), di procedure cliniche ed organizzative - Potenziamento dell'attività della USU implementata
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di pazienti assistiti in USU - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti mielolesi rivolta al personale reclutato
RISULTATI ATTESI	<p>L'acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l'attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell'assistenza nelle attività riabilitative. Infine, dalla piena operatività di uno specifico modello assistenziale per soggetti mielolesi ci si attende sia l'ottimizzazione dell'outcome e quindi il massimo recupero delle funzioni residue, che la prevenzione dell'aggravamento delle sequele.</p>
RELAZIONE ANNO 2011	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sono stati ricoverati n° 100 pazienti di cui 6 in Stato vegetativo persistente, 40 con lesione midollare e 54 con esiti di ictus cerebrovascolare in regime di ricovero ordinario; n°567 pazienti in regime di ricovero diurno, di cui 57 pazienti con lesioni midollari. 2) Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale sono state erogate globalmente 43.737 prestazioni;

	<p>33.662 prestazioni nei confronti degli utenti esterni di cui: 9.000 sono quelle che si riferiscono all'attività svolta dai dirigenti medici (visite fisiatriche, infiltrazioni, EMG, posturografia, Baropodometria, valutazioni protesiche, esami urodinamici) e 24.662 quelle riferibili all'attività svolta dai fisioterapisti e logopedisti.</p> <p>3) Per quanto riguarda l'attività svolta a favore delle UUOO dell'Azienda Policlinico sono state erogate 10.751 prestazioni di cui : 664 sono quelle che si riferiscono alle consulenze e visite fisiatriche svolte dai dirigenti medici e 10.087 quelle delle prestazioni fisioterapiche e logopediche.</p> <p>4) Durante tale periodo si é provveduto alla piena utilizzazione di tutte le apparecchiature acquisite di recente, con un breve periodo di training con l'apporto di tecnici specializzati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparecchio robotico per la rieducazione dei pazienti tetra e paraplegici - Apparecchio robotico per la rieducazione degli arti superiori - Apparecchiatura dell'analisi del passo e del movimento (Gait Analysis) - Monitoraggio elettrofisiologico dei pazienti mielolesi e cerebrolesi con tetraplegia - Pedana Propriocettiva per la rieducazione delle sindromi atassiche e dei disturbi dell'equilibrio - n 2 Cicloergometri per tetraparetici - n 4 Cicloergometri ed apparecchiatura per elettroterapia funzionale dedicata ai soggetti paraplegici ed emiplegici - n 2 Apparecchiature di laserterapia a Neodimio Yag - n 2 Apparecchi per tecarterapia
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>- n 4 Apparecchi per ultrasuonoterapia</p> <p>In collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale sono stati organizzati eventi formativi (ECM), che hanno previsto "Audit" mensili con la partecipazione di esperti USU di altre Regioni (Prof. Claudio Pilati, Prof.ssa Tiziana Redaelli, Prof. David Fletzer).</p> <p>In questi mesi si sono realizzati Audit formativi ed organizzativi con il Direttore della Struttura, il Direttore della UOC di Chirurgia Plastica, con il Direttore del Centro Spinale della Fondazione Maugeri di Cassano delle Murge.</p> <p>Inoltre i Dirigenti Medici hanno partecipato ad importanti Convegni Nazionali sulle problematiche della PLM (Convegno Nazionale SOMIPAR – Montecatone d'Imola; SIUD Roma) e le Coordinatrici degli Infermieri e Fisioterapisti hanno partecipato a Milano al Coordinamento Nazionale del personale di comparto delle USU (CNOPUS) collaborando alla stesura di un protocollo di ricerca per l'assistenza infermieristica e fisioterapica delle persone con lesione midollare. Sono stati individuati i referenti delle varie specialità coinvolte nell'ambito dell'assistenza alle persone con lesioni midollari afferenti alla USU.</p> <p>E' in corso la pubblicazione della delibera "Studio di fattibilità per una Unità Spinale Unipolare (dotata di 20 posti letto) nell'AOU Consorziale Policlinico di Bari".</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LINEA PROGETTUALE 3

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

- 1. Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE - Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.36.49 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€7.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Per assicurare gli obiettivi prioritari della legge 15 Marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative ed alle Terapie del Dolore", occorre garantire la
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>continuità assistenziale del malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio, per cui l'assistenza deve essere organizzata per <Reti>, costituite dall'insieme delle strutture sanitarie ed assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le sue fasi della malattia - con particolare riferimento alle fasi avanzate terminali della stessa - ed al supporto dei malati e dei loro familiari.</p> <p>Per garantire un governo del sistema dell'offerta e per seguire l'evoluzione della patologia, è opportuno che nelle Aziende possano essere costituiti dei nuclei di operatori particolarmente preparati con il compito di gestire i servizi e fungere da referenti per il paziente, i suoi familiari e il MMG.</p> <p>Nella Regione Puglia, a dicembre 2011, risultano operativi 11 hospice, di cui 3 pubblici, per un totale di 120 pl.</p> <p>L'offerta regionale è pari a 0,30 pl in hospice ogni 10.000 abitanti.</p> <p>A fronte della implementazione di posti letto in Hospice (sia pubblici che privati accreditati), si registra una presenza disomogenea di Unità di Cure Palliative domiciliari, attivate o sostenute dal privato no-profit convenzionato.</p> <p>Allo stato attuale il grado di tutela di larghe fasce di popolazione affette da patologia inguaribile e in stato avanzato di malattia, nonché di sofferenti per dolori inutili, è incerto e non pienamente garantito.</p> <p>Al Coordinamento Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, composto da personale competente, viene demandata la formazione del personale e il governo del sistema d'offerta assistenziale attraverso percorsi personalizzati, secondo un approccio per problemi, che segua l'evoluzione clinica dei malati.</p> <p>Pertanto, non si tratta di attribuire nuove risorse, ma di riqualificare e potenziare quelle esistenti.</p>
DESCRIZIONE	Il progetto intende produrre un potenziamento del sistema d'offerta "da residenziale a domiciliare" in grado di fornire le risorse per

	<p>conseguire l'obiettivo generale.</p> <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> -Favorire la presa in carico domiciliare dei pazienti terminali, assicurando loro una migliore qualità di vita -Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari -Migliorare la integrazione Ospedale-Territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale -Progressiva aderenza ai LEA
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre</p> <p>Tenuto conto che le ASL già dispongono di attività di CP, si intende conseguire una maggiore uniformità di offerta nel territorio regionale</p> <p>Entro il secondo semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formazione degli operatori dell'UCPD e dei MMG
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di malati assistiti secondo un programma di cure palliative -Numero dei MMG che richiedono la presa in carico da parte dell'UCPD -Numero dei pazienti deceduti a domicilio.
RISULTATI ATTESI	<p>Completamento dell'offerta assistenziale di cure palliative (domicilio, hospice, day hospice ed ambulatorio) e soddisfazione dei bisogni dell'utenza.</p>
RELAZIONE ANNO 2011	<p>Allo stato attuale i pazienti "presi in carico" per la tipologia di <u>assistenza domiciliare</u> sono 4.786, per quella invece <u>residenziale</u> 1.145 per un totale di pazienti pari a 5.931.</p> <p>Tutto questo ha prodotto una riduzione di ricoveri nei reparti per acuti, un risparmio sui farmaci ritirati direttamente alla farmacia distrettuale, un livello di soddisfazione dell'utenza più elevato.</p>

LINEA PROGETTUALE 4

INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO

1. Biobanche di sangue cordonale (SCO)

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
TITOLO DEL PROGETTO	Biobanche di sangue cordonale (SCO)
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Via Caduti tutte le guerre, 15-BARI Telefono 080.540.3493 - e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.200.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>trattamento di numerose patologie. Per alcuni pazienti la difficoltà a reperire un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule hanno indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte.</p> <p>La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale e internazionale che ha come obiettivi la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.</p>
DESCRIZIONE	<p>Molte ad oggi sono le problematiche che investono le biobanche, sia dal punto di vista organizzativo che da quello normativo, obiettivo principale del progetto è quello di incrementare e potenziare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto presentato con DGR n. 1395/12.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I e II trimestre Standardizzazione delle procedure</p> <p>- ultimo trimestre Campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione</p>
INDICATORI	<p>Indicatori di struttura -Mantenimento dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi</p> <p>Indicatori di processo -Incremento delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (n. delle unità bancate per anno sulla base del piano definito)</p> <p>Indicatori di risultato -Numero di donazioni solidaristiche rispetto alle conservazioni</p>
RISULTATI ATTESI	<p>-Incremento delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale;</p> <p>-Incremento delle unità criopreservate;</p>

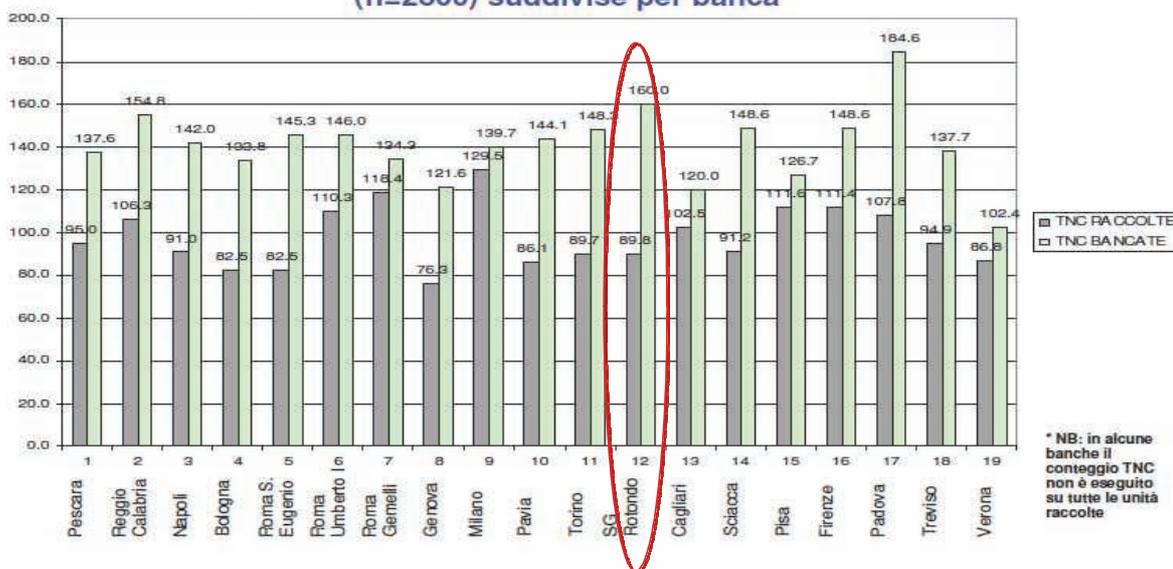
	-Incremento delle rivalutazione a sei mesi/1 anno dalla donazione.
RELAZIONE ANNO 2011	<p>La Banca Cordonale Regione Puglia nel corso del 2011 ha fatto registrate 2246 raccolte di unità di sangue cordonale di cui 207 unità bancate. Se da un lato è stata rilevata una leggera flessione delle unità raccolte rispetto al 2010 è vero anche che, come si evidenzia dal grafico del CNS (Centro Nazionale Sangue) vi è un percentuale di unità bancate con elevata cellularità piuttosto "importante".(All.to n. 1).</p> <p>Inoltre i Centri Raccolta che hanno superato il 10 % delle unità raccolte rispetto ai parti annui (il riferimento è della Deliberazione Regionale n. 1498 del 01/08/2008 e relativa ai parti del 2007) sono (All.to n. 2) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Casa Sollievo della Sofferenza – S. Giovanni Rotondo• Pia Fondazione Card. G. Panico – Tricase• Ospedale Civile Umberto I – Corato (Ba)• Ospedale Bari Sud – Di Venere – Carbonara (Ba)• Ospedale Santa Maria degli Angeli – Putignano (Ba)• Ospedale S. Maria – Bari• Ospedale Vittorio Emanuele II - Bisceglie

All.to n.1



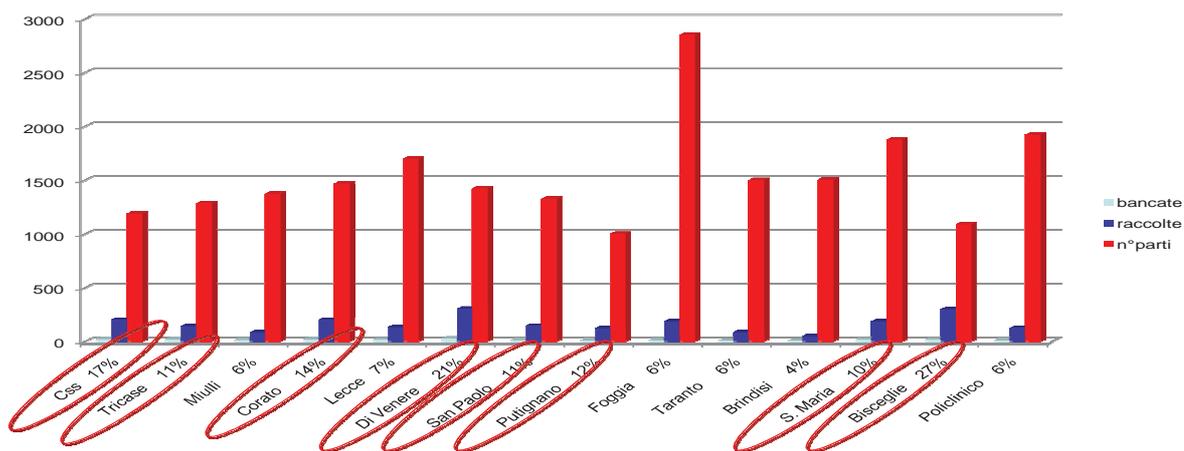
Centro Nazionale Sangue
 Banche di sangue di cordone ombelicale – Report 2011

Anno 2011 - TNC Media x 10⁷ unità AlloNF raccolte (n=21820*) e bancate (n=2800) suddivise per banca



All.to n. 2

Raccolte effettuate 2011/numero parti annui



LINEA PROGETTUALE 5***LA SANITÀ PENITENZIARIA***

- 1. Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale.**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DI ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE: -Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.000.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Dal 2002 non è più automatico l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario. Oggi queste strutture sono sotto la gestione delle ASL e non più solo del Ministero della Giustizia ed è necessario un lavoro integrato tra l'O.P.G. ed i servizi di
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	salute mentale delle zone di origine delle persone internate. Ove non vi sia pericolosità sociale accertata, deve essere privilegiato l'itinerario terapeutico e di reinserimento sociale rispetto alla permanenza in O.P.G.
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, in continuità con il precedente progetto per l'anno 2011, vede l'implementazione di un "sistema strutturale regionale", orientato alla predisposizione di piani di trattamento per il reinserimento degli internati nel territorio di provenienza, attraverso la presa in carico dei pazienti autori di reato da parte dei CSM competenti per territorio.</p> <p>A tal fine, visto il dettato della legge n 9 del 2012 in merito alla definitiva chiusura degli OPG, l'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, sta realizzando le azioni programmatiche necessarie a supportare il processo di presa in carico dei dimissibili da parte dei DSM competenti per residenza degli internati, attraverso la definizione delle tappe del percorso di segnalazione-presa in carico-dimissione del paziente.</p> <p>Il percorso di presa in carico individuerà l'elenco delle azioni da porre in essere da parte di tutte le istituzioni coinvolte.</p> <p>Ogni DSM dovrà operare, di concerto con la Direzione Sanitaria degli OPG, attraverso una Commissione di Valutazione costituita da una componente fissa, di cui farà parte il Direttore del DSM o un suo delegato, ed una componente mobile, di cui farà sempre parte il CSM competente per residenza dell'utente, al fine di individuare i pazienti autori di reato per i quali si sia attenuata o sia venuta meno la pericolosità sociale e che potrebbero rientrare sul territorio, mediante la presa in carico del competente CSM, attraverso la realizzazione del P.T.R.</p> <p>Inoltre, la Regione, sempre in attuazione del dettato della legge n 9 del 2012 in merito alla definitiva chiusura degli OPG, individuerà tre strutture sanitarie alternative agli OPG, costituite in moduli da 20 pl ciascuna, distribuite sul territorio regionale,</p>

	<p>atte ad ospitare i destinatari di misure di sicurezza detentiva, per i quali permane la pericolosità sociale; in tal senso, la Puglia ha collaborato, insieme ad altre 7 regioni, alla definizione della proposta di Decreto sui requisiti delle strutture, che è stato pubblicato sulla G.U.del 19.11.12 n. 270.</p> <p>La scelta di allocare le tre strutture sanitarie in province diverse deriva dalla volontà di favorire la maggiore vicinanza possibile ai luoghi d'origine dei cittadini assoggettati a misure di sicurezza, facilitando i rapporti familiari e il loro reinserimento sociale.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto è legato al reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.</p> <p>Sono competenti ad attivarsi i DSM presso il cui territorio il soggetto aveva residenza o dimora abituale al momento della applicazione della misura, per la presa in carico dei pazienti, coinvolgendo i CSM territorialmente competenti, al fine di predisporre appropriati protocolli di interventi terapeutici, riabilitativi personalizzati.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre Monitoraggio e valutazione, da parte dei CSM, di tutti gli internati in OPG.</p> <p>Entro il secondo semestre Presa in carico dei pazienti dimissibili</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - N.pazienti valutati/totale internati - N.pazienti dimessi/totale internati - N. percorsi lavorativi attivati/n. dimessi
RISULTATI ATTESI	<p>L'<u>obiettivo generale</u> del Progetto è, quindi, il raggiungimento di miglioramenti significativi nel reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG nel contesto sociale di riferimento, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.</p>

RELAZIONE ANNO 2011	<p>L'Assessorato Politiche della Salute della Regione Puglia ha presentato e co-finanziato il precedente Progetto annuale "Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al Servizio territoriale". L'attenzione della Regione Puglia al problema delle dimissioni dei pazienti psichiatrici dagli OPG è confermata dalla partecipazione del Gruppo Tematico, (costituito presso il Tavolo Tecnico Interregionale Salute Mentale), alla stesura delle "Linee di Indirizzo sulle Misure di Sicurezza alternative all'OPG", mirate non solo alla gestione delle dimissioni, ma anche ad evitare gli inserimenti. Tale Documento – approvato in sede tecnica – è in procinto di essere sottoposto al vaglio della Commissione Salute del Governo. Appare di particolare rilievo, nell'ambito del citato Documento, il fatto che sia prevista una puntuale regolamentazione dei rapporti fra Autorità Giudiziaria e DSM nel rispetto del delicato equilibrio fra la funzione di tutela della salute mentale e la funzione del controllo sociale.</p> <p>I pazienti psichiatrici di provenienza regionale ricoverati negli OPG, risultano complessivamente 49.</p> <p>Il Progetto ha perseguito il reinserimento sociale dei pazienti dimessi dagli OPG, al fine di favorire la graduale integrazione socio-relazionale ed impedire il riacutizzarsi di stati di scompenso emotivo e psicologico. Le azioni sono state caratterizzate da adeguato accompagnamento da parte di personale tecnico specializzato e mirate alla promozione della persona nei suoi diversi ambiti esistenziali.</p> <p>Dal monitoraggio effettuato alla fine del 2012, risultano inseriti in strutture di riabilitazione psichiatrica, a carico dei Dipartimenti di Salute Mentale, n. 175 utenti psichiatrici autori di reato, costantemente seguiti dai Centri di Salute Mentale.</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LINEA PROGETTUALE 6

***L'ATTIVITÀ MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE
E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO***

(Linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 7***TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA***

- 1. Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica – Via Caduti tutte le guerre, 15– BARI Telefono 080.540.3493 – e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La tutela della salute materno-infantile rappresenta un problema di primaria rilevanza socio-sanitaria: i diversi piani sanitari nazionali e regionali hanno sempre posto peculiare
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>attenzione a questo aspetto.</p> <p>Nell'ambito della tutela della salute materno-infantile un aspetto molto importante è quello relativo alla diagnosi, gestione ed eventuale correzione della patologia congenita fetoneonatale.</p> <p>L'incidenza delle anomalie fetali alla nascita è:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/50 per le malformazioni congenite con rilievo clinico • 1/100 per le malattie del DNA • 1/200 per le malattie dei cromosomi <p>La mortalità per "malformazioni congenite" è pari a 9.01%, questo dato è preoccupante perché evidenzia un inadeguato trattamento delle cardiopatie congenite e questo comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilità extra-regionale vs strutture con centri coordinati per la diagnosi e per la gestione ed eventuale correzione delle patologie fetoneonatali • Interruzione della gravidanza nel "dubbio diagnostico" • Inadeguato inquadramento diagnostico con conseguente mancanza di un adeguato percorso nascita • Mancata diagnosi con nascita imprevista di neonato con patologie gravi • Deviazione della domanda verso strutture private spesso non idonee in quanto si limitano all'esecuzione di singole prestazioni senza avere adeguati collegamenti per un inquadramento. <p>La causa principale di tale situazione risiede nella assenza di diagnostica strumentale e di laboratorio e quindi di professionalità adeguate e di investimenti appropriati a livello regionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Presso <i>l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari e la ASL BA</i> è stato avviato, <i>già alla sua seconda annualità</i>, un percorso integrato multi-specialistico assistenziale che prevede la programmazione di un "Percorso di Counselling Prenatale" in caso di feti con Cardiopatia Congenita.</p> <p>I compiti che il <i>Centro Regionale di Riferimento per la gestione delle patologie fetali</i> e le altre UUOCC coinvolte nel progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione e diagnosi della patologia fetale attraverso prestazioni diagnostiche di alta specialistica, tipo II livello

	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione della prognosi e gestione della patologia fetale • Interazione tra le UUOCC per un adeguato counselling multidisciplinare • Interazione tra le UUOCC per un management pre-post natale e conseguente corretto approccio terapeutico, medico, chirurgico post natale • Promuovere attività di ricerca • Partecipare alla formazione degli operatori coinvolti in questo settore • Collaborare alla informazione. <p>Le risorse economico-finanziarie sono assegnate al Centro Regionale di Riferimento per la gestione delle patologie fetali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari e la ASL BA per l'attuazione del progetto.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento e specifica caratterizzazione nella diagnosi e gestione prenatale e post-natale delle condizioni ad alto rischio di patologia feto-neonatale • Integrazione delle attività svolte dalle UUOCC
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento delle attrezzature per la diagnostica strumentale delle patologie fetali • Formazione degli operatori coinvolti in questo settore
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della mobilità extra regionale vs Strutture con Centri specializzati • Riduzione della mortalità per "malformazioni congenite"
RISULTATI ATTESI	Tutela del benessere materno infantile e gestione della patologia congenita fetale, attraverso la formulazione di una diagnosi precisa, di una prognosi corretta, di un management prenatale e perinatale adeguato e di un approccio terapeutico medico-chirurgico post natale ottimale.
RELAZIONE ANNO 2011	<p>N° 1650 ecografie di II Livello (ecografie con flussimetria o ecografie diagnostiche per malformazioni/patologie fetali inclusa l'ecocardiografia fetale).</p> <p>"Test combinato" per lo screening delle cromosomopatie (S. di Down, Trisomia 18, Trisomia 13, S. di Turner, ecc) articolato mediante:</p> <p>Valutazione ecografica NT</p>

	<p>N°2150</p> <p>Consulenza ostetrica N°2150</p> <p>N° 310 tecniche invasive (amniocentesi, illo centesi) per rischio cromosomopatie e per coppie ad altissimo rischio genico (5-50%).</p> <p>Inoltre in questo stesso periodo presso la suddetta UOD:</p> <ol style="list-style-type: none">1- sono state diagnosticate N° 300 Malformazioni, Anomalie Genetiche e altre Patologie Fetali di cui 85 sono state etichettate come transitorie2- sono state effettuate 11 sedute di counselling multidisciplinare, a cui hanno partecipato altre figure mediche (cardiocirurgo pediatra, chirurgo pediatra, neonatologo, genetista, ostetrico), per 70 gestanti il cui feto era affetto da malformazioni cardiache o extacardiache.3- è stato monitorato il percorso diagnostico (con presa in carico della gestante e del feto – Care Service Pathways) nella maggior parte delle gestanti che si sono sottoposte al counselling4- si è avviata la formazione professionale di n 3 medici all’attività di Diagnosi Prenatale5- si è realizzata attività di ricerca medico-scientifica riguardante la patologia del feto, con produzione dei seguenti capitoli/articoli scientifici su riviste internazionali con impact factor:<ol style="list-style-type: none">a) Aberrant right subclavian artery in unselected population at first and second trimester ultrasonography. Prenat Diagnosis 2012b) Diagnosis of congenital heart disease by early and second trimester fetal echocardiography J Ultrasound Med 2012c) Brainstem- vermis and brainstem-tentorium angles allow accurate vcategory of fetal upward rotation of cerebellar vermis. UOG 2012d) Prenatal diagnosis and outcome of fetal posterior fossa fluid collections UOG 2012
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LINEA PROGETTUALE 8

MALATTIE RARE

1. **SIMaRRP – Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro.**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	SIMaRRP – Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; email: dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Puglia è da tempo impegnata nello sviluppo e nell'organizzazione di modelli innovativi nell'ambito dell'assistenza alle persone con malattie rare.</p> <p>In questo contesto sono state realizzate, implementate e mantenute attive la rete dei presidi accreditati per l'assistenza ai pazienti, articolata per specifici gruppi di malattie rare.</p>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Nonostante il lavoro svolto fino ad ora, rimangono alcuni elementi di criticità del sistema, dipendenti in gran parte dalle caratteristiche intrinseche delle patologie rare.</p> <p>Le malattie rare infatti sono caratterizzate da una enorme frammentazione: questa riguarda il numero stesso delle malattie, le manifestazioni diversificate da paziente a paziente all'interno dello stesso tipo di malattia, i profili dei bisogni assistenziali, spesso molto complessi, richiedenti interventi e prestazioni non sempre compresi nei LEA.</p>
DESCRIZIONE	<p>Con questo progetto, alla sua <i>seconda annualità</i>, si è inteso sviluppare un modello organizzativo integrato ed omogeneo in grado di sostenere azioni diversificate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la individuazione di protocolli di prevenzione pre - concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno - fetale e neonatale - la rilevazione delle malformazioni congenite e delle malattie oggetto di screening neonatale - l'attuazione di interventi preventivi a livello di territorio (distretto, pediatria di libera scelta, servizi socio-sanitari e socio assistenziali) - la individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici specifici - l'utilizzo di un sistema informatico unico di raccolta dati che metta in rete i CIR sul territorio in tempo reale - lo svolgimento di eventi formativi per il personale delle ASL e dei Distretti individuato per la formazione di una Task Force per le Malattie Rare - acquisire risorse umane utili alla formazione specifica (counselor, psicologi, ecc) - distribuzione di materiale informativo. <p>Il finanziamento disponibile viene ripartito, in base al modello di "Governance" sviluppato dalla Regione Puglia, tra A.Re.S., Assessorato alle Politiche della Salute e Aziende Sanitarie (dove sorgono il Centro di Coordinamento e i singoli CIR).</p>
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'applicazione dei PDTA, elaborati dai CIR e valutati dal Centro di Coordinamento

	<p>Regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formazione di una TASK FORCE individuata tra gli operatori territoriali (ASL e Distretti) dedicata e motivata; - la realizzazione di eventi formativi rivolti agli operatori delle ASL, distretti, servizio infermieristico, farmacie ospedaliere; - la distribuzione di materiale informativo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo e potenziamento delle attività dei CIR <p>Secondo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali elaborati e validati <p>Terzo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi formativi realizzati sugli operatori della Task Force coinvolti nel presente progetto
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - % di presidi accreditati che usano i protocolli - % di pazienti con piani assistenziali in cui è previsto l'uso dei protocolli o per i quali si sono strutturati i percorsi assistenziali
RISULTATI ATTESI	Favorire "Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali" e garantire modelli assistenziali di eccellenza.
RELAZIONE ANNO 2011	<p>Nel corso dell'anno è stata aggiornata la Rete dei Centri, inserendo in base ai requisiti ulteriori Unità Operative; inoltre è stato avviato il registro (SIMaRRP). La task force nei distretti è stata quasi tutta formata, in particolare Ta, Br e Le. E' in corso la formazione della BAT, Ba e FG.</p> <p>Sono state già elaborate e stanno per essere deliberate dall'AReS le "Linee Guida Malattie rare": chi fa, che cosa."</p> <p>Altre attività in corso di svolgimento sono:</p> <p>Diagnosi Genetica: ricognizione delle attività dei laboratori di genetica in Puglia. E' in corso la ricognizione delle attività di cura più aggiornate (ovviamente delle malattie curate in Puglia) e quindi la pubblicazione di Piani Diagnostico Terapeutici-PDT.</p> <p>A breve verrà avviata la ricognizione delle attività riabilitative con l'obiettivo di fare una analisi dello stato dell'arte e produrre modelli organizzativi mirati.</p> <p>Patto d'Intesa con le Università: è stata avviata una collaborazione con le Università con l'obiettivo di realizzare progetti orientati a migliorare la qualità della vita delle persone. Sono già partiti 3 attività per "epidermolisi bollosa", "SMA", "SLA" grazie alla collaborazione tra clinici e ricercatori universitari (biotecnologia e farmacologia).</p>

LINEA PROGETTUALE 9

***VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO
(LINEA PROGETTUALE, NON PRESENTATA)***

LINEA PROGETTUALE 10

RIABILITAZIONE

1. PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	RIABILITAZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto Riabilitativo Individuale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Via Caduti tutte le guerre, 15- BARI Telefono 080.540.3493 – e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.000.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La “riabilitazione domiciliare” si pone l’obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e rappresenta il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell’intervento riabilitativo ed in tale ambito si inserisce il Progetto riabilitativo Individuale (PRI) . Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio, ossia un
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>modello di assistenza che consente al paziente di rimanere a casa nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui si ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo.</p> <p>Le attività di riabilitazione domiciliare fanno capo al sistema organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e rientrano nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.</p> <p>Già il Piano della Salute 2008/2010 si era posto l'obiettivo di potenziare l'assistenza domiciliare.</p> <p>Con DGR n. 933 del 10 maggio 2011 la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.</p> <p>Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero per le attività di riabilitazione.</p> <p>Il Regolamento Regionale n. 20 del 04 agosto 2011 (R.R. di modifiche al R.R. 04 novembre 2010 n 6) all'art. 5 così recita:<i>la riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e si integra nella rete dei Servizi Riabilitativi Territoriali.</i></p>
DESCRIZIONE	<p>Con la DGR n. 933 del 10 maggio 2011 la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.</p> <p>Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale –strutture extraospedaliere e territorio • il recepimento dei principi dell'OMS in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICDH che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap. <p>Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel</p>

	progetto stesso.
OBIETTIVI	L'obiettivo del progetto, alla sua seconda annualità , consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Entro il primo semestre Definizione di linee guida Entro il secondo semestre Formazione per la gestione del paziente nelle varie fasi del processo riabilitativo
INDICATORI	L'unico indicatore valutabile è quello relativo al numero di unità di personale formato per la gestione del paziente nelle varie fasi del processo riabilitativo. Inoltre gli interventi in ambito riabilitativo essendo interdisciplinari, risulta difficile la valutazione di indicatori di esito.
RISULTATI ATTESI	La finalità del progetto è quella di garantire la "continuità terapeutica": integrazione tra ospedale – strutture extraospedaliere e territorio.
RELAZIONE ANNO 2011	I dati di attività del progetto sono in corso di elaborazione.

LINEA PROGETTUALE 11

LA SALUTE MENTALE

1. POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento delle attività dei Centri di Salute Mentale
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.000.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel territorio della Regione Puglia insistono 6 DSM provinciali, eterogenei per bacino d'utenza e caratteristiche del territorio assistito. In essi sono attivi 48 Centri di Salute Mentale (CSM), di cui solo 14 aperti in h12.</p> <p>Specificatamente, dei 9 previsti nel DSM dell'ASL FG solo 3 sono aperti h12; nel DSM ASL BAT tutti 4 i CSM sono aperti solo h6; nel DSM ASL BA solo 1 CSM su 14 è aperto h12; nel DSM BR son aperti h12 tutti i 4 CSM; mentre, nel DSM di</p>
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>TA, 3 CSM sono aperti h12, 4 CSM aperti h6; nel DSM ASL LE, 3 CSM aperti h12 e 7 CSM aperti h6. L'utenza complessiva in carico ai CSM, al 31/12/2011, ammonta a n. 51.873 pazienti.</p> <p>I pazienti in trattamento riabilitativo residenziale o semiresidenziale, nell'anno 2011, ammontano a: 1217 in Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica (CRAP), a copertura assistenziale h24; 248 in Comunità Alloggio (CA), a copertura h12; 123 in Gruppo Appartamento (GA), con copertura a fasce orarie; 924 in Centri Diurni.</p> <p>I p.l. attivi in strutture a tipologia CRAP sono 1002; i pl in strutture più "leggere" sono 224 per le Comunità Alloggio e 132 per i Gruppi Appartamento. Appare, quindi, sovradimensionata l'area delle "strutture pesanti" (a tipologia CRAP), dai costi più alti, a fronte della più ridotta offerta di pl in strutture più leggere.</p> <p>In molte ASL, manca un Regolamento del DSM, in altre è di antica data ed applicato in modo non uniforme.</p> <p>Nonostante la L.R. 30/98 preveda un Consiglio di Dipartimento, composto dai Dirigenti Responsabili delle U.O. ed, in occasione della programmazione annuale e del consuntivo, integrato da rappresentanti delle categorie professionali, degli Enti Gestori accreditati, di ogni Associazione di familiari ed utenti e soggetti del Privato sociale, è ancora insufficiente la partecipazione delle Associazioni alle attività del DSM.</p> <p>Viene rilevata, e fortemente lamentata, da Direttori DSM, Associazioni, Sindacati e Società Scientifiche, la scarsa accessibilità dei CSM in termini di ridotta apertura diurna, la carenza di personale sempre più grave a causa di cessazione dal servizio di unità che non vengono rimpiazzate e l'assenza di specifiche figure professionali, che impedisce nei fatti un intervento multidimensionale integrato; tutto ciò preclude seriamente il governo clinico della salute mentale da parte del servizio pubblico, la qualità dell'assistenza offerta ai cittadini, la valorizzazione della professionalità degli operatori.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DESCRIZIONE	<p>Relativamente alle criticità rilevate:</p> <ul style="list-style-type: none">- è stato già avviato un processo di potenziamento dei CSM e dell'assistenza territoriale con la DGR 916/2010, il documento di "Riorganizzazione per il rafforzamento del DSM" presentato alle ASL nel corso del 2011 e con l'erogazione dei primi finanziamenti vincolati;- tale processo la Regione Puglia intende portare a compimento con la ridefinizione degli assetti territoriali e piante organiche adeguate ai compiti assegnati ed alle necessità assistenziali, nell'ambito della complessiva riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo del graduale adeguamento h/12 di tutti i CSM;- si ritiene necessario ribadire la cultura operativa dell'équipe multiprofessionale, in cui devono essere rappresentate tutte le figure professionali previste ed attribuite ai CSM nel Documento di Indirizzo Economico Funzionale 2007;- è necessario anche formulare un Regolamento DSM-tipo, invitando ciascuna ASL ad adottarlo e ad attenersi, prevedendo verifiche periodiche sulla sua applicazione. Tale Regolamento dovrà esplicitare, tra l'altro, il funzionamento del Consiglio di Dipartimento, con forme di collaborazione e di confronto con Associazioni di utenti e familiari ed Enti Gestori delle Strutture Riabilitative, secondo periodicità anche più ravvicinate nel corso dell'anno rispetto ai momenti di programmazione e di consuntivo previsti dalla LR 30/98;- è, inoltre, indispensabile favorire la realizzazione di strutture residenziali terapeutico-riabilitative più "leggere" e semiresidenziali (Centri Diurni) per dimettere i pazienti dalle CRAP verso soluzioni con maggiore livello di autonomia.
OBIETTIVI	<p>L'Assessorato alle Politiche della Salute ha individuato priorità atte a potenziare, sistematizzare e migliorare le attività del Dipartimento di Salute Mentale; tali priorità, di seguito richiamate, sono, peraltro, coerenti con quelle richieste dal Piano di Rientro ed i relativi risultati attesi ed aggiornate rispetto alle problematiche discusse ed agli orientamenti</p>

	<p>assunti a livello nazionale:</p> <p>rideterminare il modello organizzativo del DSM ed il fabbisogno di personale, ai fini del potenziamento dell'assistenza territoriale dei CSM, nell'ambito della prevista riorganizzazione del territorio, secondo gli indirizzi previsti dalla DGR 916/10 e dal documento regionale su "Riorganizzazione per il rafforzamento del DSM" (2011);</p> <p>favorire la realizzazione di strutture residenziali terapeutico-riabilitative più "leggere", cioè a copertura assistenziale 12/24 ore o per fasce orarie e Centri Diurni predisporre il Regolamento tipo del DSM, con il quale, tra l'altro, prevedere in ogni DSM l'istituzione di un organismo di governance della riabilitazione residenziale e semiresidenziale e la realizzazione di periodiche verifiche sui requisiti organizzativi e di qualità nelle S.R., nonché regolari controlli sulla sua applicazione;</p> <p>favorire l'inserimento socio lavorativo delle persone con problemi psichici, sulla base delle Linee-guida regionali approvate con DGR n. 471 del 23/2/2010, anche attraverso la programmazione dei Piani di Zona, cui i CSM partecipano con un ruolo di piena responsabilità;</p> <p>dare attuazione alle raccomandazioni di buone pratiche sulla gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche, approvate con DGR n. 1620 del 12 Luglio 2011, nonché alle linee guida sulla gestione dei comportamenti aggressivi e la prevenzione delle contenzioni meccaniche in SPDC, approvate con DGR n. 2548 del 23 Novembre 2011.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>La DGR 916/2010 ha previsto l'adeguamento dei CSM all'apertura h12 entro giugno 2010, per la misura di almeno due terzi. Tuttavia, tale obiettivo di medio termine non è stato a tutt'oggi conseguito, dati i vincoli posti dal Piano di Rientro al reclutamento di personale aggiuntivo. Pertanto, il cronoprogramma degli interventi viene a definirsi come di seguito:</p>

	<p>primo semestre 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rideterminare il modello organizzativo del DSM ed il fabbisogno di personale, ai fini del potenziamento dell'assistenza territoriale h12 dei CSM favorire la realizzazione di strutture residenziali terapeutico-riabilitative più "leggere", cioè a copertura assistenziale 12/24 ore o per fasce orarie e Centri Diurni predisporre il Regolamento tipo del DSM <p>secondo semestre 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire l'inserimento socio lavorativo delle persone con problemi psichici, anche attraverso la programmazione dei Piani di Zona, cui i CSM partecipano con un ruolo di piena responsabilità • dare attuazione alle raccomandazioni di buone pratiche sulla gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche, nonché sulla prevenzione delle contenzioni meccaniche in SPDC
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - n° CSM aperti h12 - n° strutture psichiatriche terapeutico-riabilitative h12, a fasce orarie e Centri Diurni realizzati - n° incontri realizzati per la gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche e per la prevenzione delle contenzioni
RISULTATI ATTESI	<p>Migliorare l'offerta qualitativa e quantitativa dei servizi e delle prestazioni nei confronti dei pazienti psichiatrici. Riconversione delle Strutture riabilitative "pesanti" in Strutture "leggere" e consone ai bisogni delle persone. Miglioramento delle sinergie prodotte dalla rete dei Servizi dipartimentali preposti alla tutela della salute mentale (SPDC, CSM, NPIA, Strutture riabilitative). Migliorare la qualità della "psichiatria di comunità" in ogni ASL.</p>

LINEA PROGETTUALE 12

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2010, n. 2994

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2010-2012. Anno di riferimento: 2012
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€18.160.069,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Con l'Intesa Stato Regioni del 29/04/2010 è stato approvato il Piano Nazionale per gli anni 2010/2012, recepito dalla Regione Puglia con DGR n. 2994 del 28/12/2010.</p> <p>Il Piano Regionale della Prevenzione 2011/12, si pone, nella Puglia, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere, prevedendo:</p>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • la continuità delle attività del Piano nazionale della Prevenzione 2005/07 e succ. proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti • lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010/12 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento • la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010/12.
DESCRIZIONE	<p>Attraverso 30 linee progettuali il PRP della Puglia copre le quattro macroaree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee), prevenzione universale (19 linee), prevenzione della popolazioni a rischio (6 linee), prevenzione delle complicanze e delle recidive della malattia (3 linee).</p> <p>Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori. Rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica.</p> <p>Per i dettagli si rimanda alla DGR 2994/2010.</p>
OBIETTIVI TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Per l'anno 2011, primo anno di attività nel territorio in quanto il 2010 è stato dedicato alla progettazione ed approvazione del piano, per ciascuna linea progettuale sono indicati nella DGR 2994/10 obiettivi intermedi da raggiungere e relativi indicatori, che saranno oggetto della valutazione da parte del CCM come previsto dall'Accordo Stato regioni ed ai quali si rimanda per i dettagli.</p>
RELAZIONE ANNO 2011	<p>Relazione allegata sullo stato di avanzamento delle linee di intervento (all.to n. 1)</p>

All.to (n. 1)

Macroarea	Linea di intervento	Titolo	Stato dell'arte
<p>1. MEDICINA PREDITTIVA</p>	<p>1.1 Medicina predittiva</p>	<p>Prevenzione del rischio cardiovascolare</p>	<p>Scostamento superiore al 20% dell'indicatore: "N. MMG che effettuano la valutazione del rischio cardiovascolare globale / N. MMG, per anno". Nel computo di questo indicatore sono stati considerati tutti i MMG che tra il 2008 e il 2011 hanno calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare ad una quota di assistiti-target >=40%, secondo quanto previsto dall'Accordo integrativo regionale per la medicina generale ACN 29/07/2009 e ACN 08/07/2010 del 12 febbraio 2010. Tale accordo incentivava la prosecuzione delle attività di reclutamento da parte dei MMG che avevano raggiunto gli obiettivi fissati dal Progetto 2005-2007 e successive rimodulazioni (20% della popolazione target per il primo anno, 35% per il secondo anno) e promuoveva l'adesione dei professionisti che non avevano partecipato o non avevano raggiunto gli obiettivi stabiliti nell'edizione precedente del progetto. La maggior parte dei MMG che aveva preso parte alle attività progettuali ha reclutato facilmente la quota di soggetti necessaria per raggiungere e superare l'obiettivo fissato dal presente progetto (40% della popolazione target). Di contro, solo un numero esiguo di medici reclutati nel corso dell'ultimo biennio, è riuscito a calcolare il punteggio del rischio cardiovascolare ad almeno il 40% degli assistiti-target. La prosecuzione delle attività progettuali sarà, dunque, volta primariamente allo studio di strategie e azioni per favorire il raggiungimento e il superamento dell'obiettivo da parte dei MMG più distanti da esso</p>
		<p>Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione protrombotica</p>	<p>Nella fase di interlocuzione abbiamo scritto alla Regione: "Nel prendere atto del progetto, si evidenzia che lo stesso – non reperendosi all'interno del PNP un obiettivo specifico - è ininfluente ai fini di una valutazione del PRP finalizzata alla certificazione"</p>

2. PREVENZIONE UNIVERSALE	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	I moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali	Raggiunti i risultati attesi 2011
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia	Raggiunti i risultati attesi 2011
		Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	Raggiunti i risultati attesi 2011
		Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura (Progetto 2 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	Raggiunti i risultati attesi 2011
		Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura (Progetto 3 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	Raggiunti i risultati attesi 2011
		Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro correlate in agricoltura (Progetto 4 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	Raggiunti i risultati attesi 2011
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Ambiente di vita sicuro	Raggiunti i risultati attesi 2011
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita	Raggiunti i risultati attesi 2011
	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria	Raggiunti i risultati attesi 2011

	<p>2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni</p>	<p>Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 1: Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)</p>	<p>Raggiunti i risultati attesi 2011</p>
		<p>Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 2: Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi</p>	<p>Raggiunti i risultati attesi 2011</p>
	<p>2.7 Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici</p>	<p>Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP (Progetto 1 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)</p>	<p>L'indicatore "N. riunioni del CRC REACH-CLP", con valore atteso 1, ha valore osservato pari a zero</p>
		<p>Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini (Progetto 2 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)</p>	<p>Raggiunti i risultati attesi 2011</p>
		<p>Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio (Progetto 3 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)</p>	<p>Raggiunti i risultati attesi 2011</p>

		<p>PROMuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)</p>	<p>L'attivazione dell'Osservatorio Regionale Pugliese PROsalute è stata prevista nell'ambito delle azioni dell'Accordo di Programma "Assistenza Scientifica per la progettazione ARES Puglia - Equità nella salute attraverso le politiche" con l'Università di Torino - Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, attraverso la sottoscrizione di un protocollo tra l'Agenzia Regionale per la salute, l'ARTI e l'ARPA. L'Agenzia Regionale ha aderito ad una joint action europea come sub contractor dell'Università di Torino. Si sono, inoltre, svolti incontri seminariali con l'ISSNAF (Italian Scientific and Scholars of North America Foundation). Avendo attivato tutti gli atti prodromici per l'attivazione dell'Osservatorio Regionale PROsalute, lo stesso sarà attivato nel corso del 2012, previa costituzione e formalizzazione del gruppo di lavoro</p>
		<p>Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della Regione Puglia</p>	<p>Raggiunti i risultati attesi 2011</p>
<p>3. PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO</p>	<p>3.1 Tumori e screening</p>	<p>Estensione del programma di screening del carcinoma della mammella</p>	<p>Scostamenti degli indicatori "Estensione effettiva" e "Detection Rate". Nel corso del 2011 nella Regione Puglia è stata avviata la riorganizzazione del percorso di screening. Inoltre il Detection Rate risulta sottovalutato perché le informazioni relative agli interventi chirurgici eseguiti non sono inserite in maniera esaustiva nell'applicativo web (attualmente, l'indicatore viene calcolato con il supporto della base-dati SDO, non ancora disponibile per l'anno 2011). Il completamento della fase di riorganizzazione e l'avvio di azioni, già previste per il 2012, quali l'aggiornamento del sistema informativo (con il recupero dei dati storici non inseriti nel sistema e il completamento dell'informatizzazione dei servizi), la campagna di comunicazione, l'attività di promozione da parte dei MMG, l'assunzione/incentivazione del personale dedicato allo screening e il retraining degli operatori coinvolti, rappresentano il presupposto fondamentale per l'estensione della chiamata attiva all'intera popolazione target e per il calcolo del Detection rate in modo più affidabile e tempestivo</p>

		Scostamenti degli indicatori "Estensione effettiva" e "Detection Rate". Analoghe motivazioni e soluzioni del programma di screening per la mammella	Per tutti gli indicatori scelti vi è un risultato a dicembre 2011 pari allo zero. Nel corso dell'anno 2011 si è avviato il processo di riprogettazione del percorso di screening, tutte le attività propeedeutiche all'estensione effettiva dello screening nelle due province interessate sono state avviate e concluse.
	Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina		Il Progetto prevede che i distretti sociosanitari, con il coordinamento delle unità operative di Epidemiologia e Statistica delle ASL, alimentino la costituzione di un registro regionale di pazienti con esiti di patologia cardiovascolare, da gestire attraverso un software dedicato. Successivamente all'istituzione del registro, ogni distretto dovrebbe farsi promotore di un percorso clinico diagnostico di follow up, da concordarsi tra il MMG e il responsabile dell'ambulatorio distrettuale di cardiologia. Attualmente, nella Regione Puglia è in fase avanzata di realizzazione il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale (in cui confluiranno oltre ai flussi informativi sanitari anche i registri di patologia, compreso quello dei pazienti con esiti di patologia cardiovascolare). L'avvio effettivo delle attività progettuali risulta, quindi, subordinato al completamento delle procedure di fornitura del sistema informativo, al momento in fase di collaudo. Il rinvio della costituzione del registro ha procrastinato, de facto, la costruzione dei percorsi clinico-diagnostici. Inoltre, in Puglia, è in corso la ridefinizione del modello di governance distrettuale, nell'ambito del quale verranno identificate le nuove strutture responsabili dell'organizzazione ed erogazione delle prestazioni per la gestione della cronicità, tra cui quelle a supporto delle azioni di progetto.
	Progetto di screening del carcinoma del colon retto		Raggiunti i risultati attesi 2011
		Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari	
		3.2 Malattie cardiovascolari	
		Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze	
		3.3 Diabete	
		3.4 Malattie respiratorie croniche	

<p>L'atto formale regionale per il riconoscimento regionale e il collegamento in Rete di Ambulatori di "early arthritis" già esistenti ed operanti in Puglia verrà adottato nel corso del 2012. Lo studio di prevalenza sull'Artrite reumatoide per una maggiore appropriatezza-uso razionale delle risorse nel contesto del sistema verrà realizzato nel corso del 2012</p>	<p>Mancata adozione di atti formali</p>	<p>Nessun questionario somministrato per la valutazione della qualità di vita percepita e del livello di rischio per prodromi depressivi. Nel corso del 2011, il gruppo di lavoro ha provveduto alla definizione di alcuni questionari per la valutazione del rischio depressivo e per la percezione della qualità di vita. Il progetto prevede il coinvolgimento dei referenti per l'Educazione sanitaria delle ASL i quali hanno selezionato le scuole per la partecipazione al progetto. Successivamente sono stati coinvolti i Servizi di Salute mentale competenti territorialmente. Tutte queste fasi prodromiche alla effettiva somministrazione dei questionari, unitamente ai numerosi incontri di formazione con i docenti delle scuole aderenti, hanno determinato dei rallentamenti nella valutazione della qualità di vita percepita nonostante si sia comunque raggiunto l'obiettivo per l'indicatore 1. A seguito degli incontri realizzati con gli operatori coinvolti nel progetto, si è stabilito che la somministrazione dei predetti questionari sarà attuata alla fine dell'anno scolastico 2011-2012</p>
<p>Realizzazione della rete di assistenza reumatologica e valutazione di impatto degli interventi per l'uso appropriato di farmaci biologici nella cura dell'artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis)</p>	<p>Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia</p>	<p>Stigma pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carica da parte dei dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategie di superamento di tali fattori. Sottoprogetto 1: Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni</p>
<p>3.5 Malattie osteoarticolari</p>	<p>3.6 Patologie orali</p>	<p>3.7 Disturbi psichiatrici</p>

(Allegato A)

Ulteriori 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.

Linea Progettuale 5: Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA AMIANTO
TITOLO DEL PROGETTO	Sorveglianza e prevenzione delle patologie da amianto nella popolazione pugliese: dal censimento dei siti con presenza di amianto alle attività di sorveglianza epidemiologica e counselling
DURATA DEL PROGETTO	Biennale
REFERENTE	SERVIZIOP PATP – Assessorato al Welfare Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI; telefono 080-5403366; fax 080-5403477; e-mail segreteria.patp@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€756.670,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO**CONTESTO**

Il problema amianto è ancora oggi un'emergenza sanitaria: le statistiche indicano che ogni anno nel mondo muoiono circa 120.000 persone per malattie riconducibili a questo materiale. Dato ancora più preoccupante è quello rinveniente da un recente studio dell'Istituto Superiore di Sanità che indica quale picco di mortalità per amianto gli anni tra il 2015 e il 2020. Tali previsioni discendono dalla considerazione del lungo periodo di latenza (dai 20 ai 40 anni) che intercorre tra l'inizio dell'esposizione e il manifestarsi delle patologie tumorali asbesto correlate: in Italia il picco di utilizzo industriale di tale minerale è stato registrato intorno alla metà degli anni '70. In particolare nel settore dell'edilizia, l'amianto è stato diffusamente utilizzato per la produzione di numerose tipologie di manufatti (lastre di copertura in cemento-amianto, canne fumarie, tubazioni, canali di gronda, vasche di riserva idrica, ecc.): con il passare del tempo, il graduale e crescente deterioramento delle matrici che lo contengono dovuto ai fattori atmosferici (piogge acide, escursioni termiche, ecc.) determina la liberazione di fibre che costituiscono il principale rischio per la salute umana. Le coperture in cemento-amianto rappresentano nel nostro territorio la fonte più preponderante di dispersione di fibre.

La Legge n. 257 del 27 marzo 1992, che ha messo al bando in Italia la produzione e la commercializzazione dell'amianto, affida alle Regioni l'adozione di piani di protezione dell'ambiente per la decontaminazione, lo smaltimento e la bonifica, ai fini dell'eliminazione o riduzione dei pericoli derivanti da questo materiale. I piani regionali prevedono quale obiettivo principale il censimento dei manufatti contenenti amianto allo scopo di monitorare le situazioni di pericolo e programmarne la bonifica con priorità per edifici pubblici, locali aperti al

	<p>pubblico o di utilizzazione collettiva, e per contrastare il fenomeno dell'abbandono dei materiali contenenti amianto.</p> <p>La Delibera di Giunta Regionale n. 1226 del 31/5/2011, pubblicata sul BURP n. 98 del 22/6/2011, ha dato avvio al procedimento di Valutazione Ambientale Strategica (VAS) del "Piano regionale di protezione dell'ambiente, decontaminazione, smaltimento e bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto" (PRAP), della Regione Puglia. Quest'ultimo è stato successivamente adottato dalla Giunta Regionale in data 27/12/2012 con deliberazione n. 3064, su proposta del Servizio Ciclo dei Rifiuti e Bonifica (Assessorato Ambiente) e Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (Assessorato Salute) della Regione Puglia e pubblicato sul BURP n. 12 del 23/01/2013.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Piano regionale di protezione dell'ambiente, decontaminazione, smaltimento e bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto si pone l'obiettivo di dare risposte concrete e definitive al problema dell'amianto in Puglia e fonda la base di conoscenza partendo dall'attività di mappatura delle coperture in cemento-amianto realizzate nella Regione nel 2005. La mappatura delle coperture e dei siti inquinati è stata condotta dall'Istituto di Inquinamento Atmosferico del Consiglio Nazionale delle Ricerche utilizzando le immagini del sensore iperspettrale aviotrasportato MIVIS (Multispectral Infrared & Visible Imaging Spectrometer) di proprietà del Consiglio Nazionale delle Ricerche, montato su aereo CASA 212/C. Con deliberazione n. 676/2012 la Giunta regionale ha dato avvio al censimento dei siti e/o manufatti contenenti amianto mediante la forma dell'auto notifica, ovvero, attraverso la modalità del monitoraggio sociale e le segnalazioni degli organi di vigilanza (Convenzione con il Corpo Forestale dello Stato - C.F.S. -) in particolare per il materiale contenente amianto (M.C.A.) smaltito in siti agricoli presso i quali l'azione di controllo e vigilanza è effettuata dal C.F.S..</p> <p>Tale procedura è finalizzata a completare le attività di mappatura delle zone interessate dalla presenza di amianto, ai sensi dell'articolo 20 della legge 23 marzo 2001, n. 93, così come definito</p>

dal DM n. 101 del 18.03.2003, con il coinvolgimento della popolazione e delle Amministrazioni Provinciali e Comunali, attraverso percorsi di auto notifica e di monitoraggio sociale che consentano una rilevazione efficace e poco onerosa sull'intero territorio regionale per acquisire dati ed informazioni necessarie su cui basare i piani di protezione e di risanamento dell'ambiente.

I risultati così ottenuti consentiranno di:

- **completare il quadro conoscitivo del rischio** amianto sul territorio regionale per poter pianificare in maniera più mirata le attività di controllo e di bonifica;
- **ridurre il rischio sanitario ed ambientale** derivante dalla presenza di amianto sul territorio regionale;
- fornire risposte concrete agli impegni regionali, ai sensi della L. 93/2001 e del D.M. 101 del 18/3/2003, finalizzate alla **definizione delle priorità di intervento in materia di disinquinamento** da amianto;
- **prevenire smaltimenti abusivi** di coperture codificate all'interno di un apposito database relazionato all'Anagrafe dei siti da bonificare ex art. 17 del D.M. Ambiente n. 471/99 realizzata nell'ambito del progetto Banca Dati Tossicologica;
- consentire la **catalogazione per area geografico-amministrativa (Provincia, Comune) delle coperture di amianto** e dei manufatti in matrice compatta, libera o friabile, ottenute al fine di darne immediata comunicazione agli Enti Locali fornendo le informazioni che non sono state acquisite attraverso la mappatura aerea o per problemi legati alla risoluzione geometrica o alla presenza dei materiali contenenti amianto all'interno di edifici;
- **promuovere l'informazione e la sensibilizzazione della cittadinanza**, attraverso la formazione dei soggetti coinvolti nella bonifica e smaltimento dei materiali contenenti amianto;
- Implementare **programmi di sorveglianza epidemiologica** delle patologie asbesto correlate nelle popolazioni di soggetti attualmente o ex esposti per motivi professionali o extraprofessionali.

Il finanziamento, ai fini dell'attuazione del progetto

	<p>verrà ripartito tra le ASL provinciali per garantire la disponibilità del personale necessario e la formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso.</p>
OBIETTIVI	<p>OBTV Generici:</p> <p>La finalità che il presente progetto intende perseguire, secondo quanto previsto dal PRAP, è concorrere alla riduzione - eliminazione degli effetti nocivi sull'ambiente e sulle persone prodotti dalle fibre di amianto, attraverso la progressiva attuazione delle:</p> <ul style="list-style-type: none">• Attività di censimento e di controllo;• Attività d'informazione e sensibilizzazione della popolazione;• Pianificazione della filiera delle attività d'intervento, con il coordinamento degli interventi di bonifica effettuati secondo procedure codificate che siano di riferimento per gli operatori del settore, per i soggetti coinvolti nell'intero processo e per i cittadini. <p>OBTV Specifici:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Attivazione di uno "SPORTELLLO AMIANTO" presso ciascuno dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle ASL pugliesi (uno sportello per ciascuna ASL) per dare informazioni ai soggetti interessati (cittadini, responsabili di aziende pubbliche e private che si occupano di smaltimento amianto, amministratori di condominio, operatori addetti alla attività di bonifica) e per fornire adeguato supporto sanitario (attività di counselling) per esposti ed ex esposti;2. Formazione della sensibilità ambientale dei cittadini, attraverso la elaborazione di materiale divulgativo e promozione di campagne di sensibilizzazione;3. Attivazione di corsi di formazione professionale per l'addestramento del personale delle ASL con funzioni di verifica, di vigilanza e di controllo;4. Creazione e/o implementamento delle banche dati articolate in:<ol style="list-style-type: none">a) Banca dati delle auto-notifiche dei Cittadini;b) Banca dati delle segnalazioni;c) Banca dati per le imprese che

	<p>utilizzano o hanno utilizzato amianto nelle attività produttive e di quelle che svolgono attività di smaltimento e bonifica;</p> <p>d) Banca dati Notifiche (art. 250 D.Lgs. 81/08) e Piani di Lavoro (art. 256 D.Lgs. 81/08);</p> <p>e) Aggiornamento dell'Anagrafe aziende anche ai fini di attività di controllo dei requisiti ed audit;</p> <p>f) Creazione registri dei lavoratori attualmente ed ex-esposti ad asbesto.</p> <p>5. Verifica e controllo per verificare la validità e correttezza delle informazioni inserite nel sistema delle banche dati pervenuta attraverso le auto notifiche e le segnalazioni.</p> <p>6. Gestione e controllo del corretto smaltimento dei rifiuti attraverso il controllo incrociato dei formulari dei rifiuti con attività di vigilanza sulle ditte di trasporto e sulle discariche.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>I Semestre: Avvio delle attività di censimento tramite auto notifiche/segnalazioni; avvio campagna divulgativa rivolta alla popolazione generale; avvio attività di creazione/implementazione banche dati</p> <p>II Semestre: Prosecuzione attività già avviate nel precedente semestre; avvio corsi di formazione per l'addestramento del personale delle ASL con funzioni di verifica, di vigilanza e di controllo. Avvio sportelli amianto;</p> <p>III Semestre: Prosecuzione attività già avviate nei precedenti semestri. Avvio attività di verifica della correttezza delle informazioni inserite nel sistema delle banche dati tramite autonotifica/segnalazioni;</p> <p>IV Semestre: Prosecuzione attività già avviate nei precedenti semestri. Avvio attività di vigilanza sulle ditte di trasporto e sulle discariche. Analisi dei risultati raggiunti.</p>
<p>INDICATORI</p>	<p>4. Numero di accessi allo sportello</p> <p>5. Materiale divulgativo dispensato</p>

	<ol style="list-style-type: none">6. Numero di eventi formativi organizzati7. Attivazione delle diverse tipologie di banche dati previste8. Numero interventi operatori SPESAL di verifica dei siti censiti tramite autonotifica/segnalazioni9. Numero interventi operatori SPESAL di vigilanza in Aziende di trasporto rifiuti MCA e discariche
RISULTATI ATTESI	<ol style="list-style-type: none">9. Accessi attesi: almeno 200 accessi per ciascun "SPORTELLLO AMIANTO"10. Riconoscimento dello "Sportello" come interlocutore sociale e sanitario, disponibile e affidabile11. Almeno 5 operatori del Dipartimento Prevenzione – Servizio SPESAL per ciascuna ASL12. Possibile consultazione online delle banche dati eventualmente interfacciate al WEB-GIS13. Almeno 100 interventi per ciascuna ASL14. Almeno 20 interventi per ciascuna ASL



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

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