

BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXIII

BARI, 2 APRILE 2002

N. 40

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

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento 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 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci 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 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 10,33, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

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

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale Bari.

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

SOMMARIO

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 dicembre 2001, n. 2104

L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 5. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale.

Pag. 2352

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2002, n. 267

Legge n. 405/99 - Art. 2/bis. Riapertura termini e nuovi criteri e procedure per l'attribuzione dei contributi al Settore Commerciale di prodotti ittici a parziale copertura delle perdite derivanti dal fermo pesca bellico (4 giugno - 31 agosto 1999).

Pag. 2391

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2002, n. 273

Art. 1 Legge 362 dell'08/11/91 - Revisione pianta organica delle farmacie dei comuni della provincia di Lecce ricadenti nel territorio della AUSL LE/2 - Bienni 1995/96; 97/98; 99/00 approvata con deliberazione di G.R. n. 1290 del 5.10.2001 - Errata Corrige - Richiesta pubblicazione.

Pag. 2405

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2002, n. 274

Approvazione del piano regionale "Profilassi del Carbonchio Ematico - Vaccinazione obbligatoria degli animali ricettivi in alcuni comuni della Regione Puglia.

Pag. 2413

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2002, n. 277

L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 8. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale. 2° provvedimento.

Pag. 2418

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
27 dicembre 2001, n. 2104

L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 5. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale.

Assente l'Assessore alla Sanità, Dr. Salvatore Mazaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 2 Programmazione, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue il Presidente Fitto,

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2016 del 3/6/1998 sono state definite le linee guida costituenti atto di indirizzo per le Aziende Sanitarie pubbliche e private al fine di definire una uniforme attività comportamentale nonché la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno (Day Surgery) e le prestazioni di carattere diagnostico - terapeutico e/o riabilitativo in regime di assistenza medica a ciclo diurno (Day Hospital).

La Legge Regionale n. 28 del 22/12/2000 ad oggetto "Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2000" all'art.20 comma 8 dispone che: "A partire dal 1° Gennaio 2001 le prestazioni in day hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98".

Con Determinazione Dirigenziale n. 30 del 23/1/2001 è stata istituita apposita Commissione tecnico-scientifica con il compito di individuare le patologie che possono essere trattate in regime di ricovero diurno nonché di formulare protocolli terapeutici e/o diagnostici e/o riabilitativi relativi alle prestazioni muffi professionali e polispecialistiche di D.H. e D.S. da erogare da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche e private e composta da sanitari Ospedalieri e universitari della disciplina oggetto di valutazione.

Inoltre con D.G.R. n. 1392 del 5/10/2001 ad oggetto: "Documento di Indirizzo Economico Funzionale del SSR per il 2001 ed Obiettivi funzionali per la

Programmazione triennale" sono state definite ulteriori linee guida per la formulazione dei protocolli diagnostici terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di Day Hospital e sono state fornite indicazioni alla suddetta Commissione Tecnico Scientifica per una corretta ed appropriata definizione di detti protocolli.

La Commissione di che trattasi con note n. 22848/DS del 13/7/2001, n. 27142/DS del 18/09/2001 e n. 28353 dell'1/10/2001 ha trasmesso allo scrivente Assessorato i primi risultati per la regolamentazione delle prestazioni sanitarie rese in regime di day hospital relativamente alle seguenti patologie:

- 1) Diabete - Mellito
- 2) Malattia Ipertensiva
- 3) Endoscopia digestiva
- 4) Chemioterapia in oncologia
- 5) Oncoematologia

Si ritiene pertanto, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, c. 8, della L.R. 28/2000, sottoporre alla Giunta Regionale le prime conclusive risultanze scientifiche per la loro approvazione.

"ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N. 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

Il presente schema di provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata e di spesa né a carico del Bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio regionale.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni.

Il Dirigente Responsabile d'Ufficio
Dr. Di Cillo Giuseppe

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di prendere atto delle risultanze conclusive dei protocolli diagnostico terapeutici per le prestazioni rese in regime di day hospital presentato dalla Commissione Tecnico Scientifica relativamente alle seguenti patologie:
 - 1) Diabete Mellito
 - 2) Malattia Ipertensiva
 - 3) Endoscopia Digestiva
 - 4) Oncoematologia
 - 5) Chemioterapia in Oncologia

- di approvarne i contenuti e, per l'effetto, stabilire che le prestazioni di Day hospital delle patologie innanzi indicato, erogato dalle strutture pubbliche e provvisoriamente accreditato, devono essere rese nel rispetto dei protocolli allegati sub A1), A2), A3), A4) e A5 al presente provvedimento a fame parte integrante, secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98;
- di dare mandato al Dirigente del Settore Sanità affinché provveda all'invio dei protocolli approvati alle strutture sanitario pubbliche e provvisoriamente accreditato con invito alla puntuale osservanza di quanto in essi definito;
- di riservarsi l'approvazione dei protocolli diagnostico terapeutici relativi ad altre patologie non appena gli stessi saranno definiti dalla Commissione Tecnico Scientifica;
- di dichiarare il presente atto esecutivo.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

REGIONE PUGLIA
Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali

IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DAI SEGUENTI ALLEGATI:

A1) DIABETE MELLITO N. 5 FOGLI;

A2) MALATTIA IPERTENSIVA N. 3 FOGLI;

A3) LINEE GUIDA PER ENDOSCOPIA DIGESTIVA N. 3 FOGLI;

A4) ONCOEMATOLOGIA N. 6 FOGLI;

A5) LINEE GUIDA DI CHEMIOTERAPIA IN ONCOLOGIA N. 16 FOGLI

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI N. 34 FOGLI INCLUSO IL PRESENTE.

Il Dirigente di Settore
Dr. Carlo Di Cillo

ALLEGATO A1)**DAY HOSPITAL
DIABETE MELLITO****DRG: 294****ICD9: 250**

Sottoclassificazione a 5:

0 tipo II (non insulino-dipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se scompensato

1 tipo I (insulino-dipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato

2 tipo II (non insulino-dipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato

4 tipo I (insulino-dipendente) (diabete giovanile), scompensato

CRITERI DI AMMISSIONE

Presenza con diagnosi accertata di diabete mellito al fine di: 1. Identificazione del danno degli organi bersaglio (occhio, piede, reni e arterie) 2. Diagnosi precoce e gestione delle complicanze croniche	Protocollo A
Trattamento del danno d'organo in caso di piede diabetico (DH terapeutico) Protocollo B	

Allegato

Scheda di organizzazione del monitoraggio clinico del diabete mellito

DIABETE MELLITO

PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL

Numero di accessi per ricovero: due

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE CLINICA

ANAMNESI

- Anamnesi personale di diabete
- Attività lavorativa/studio
- Attività sociali e sportive
- Anamnesi di complicanze del diabete (malattia ischemica cardiaca, malattia vascolare periferica, neuropatia, impotenza)
- Abitudini alimentari (consumo di grassi, sale, alcol)
- Anamnesi farmacologica
- Etnia
- Regione geografica di appartenenza
- Familiarità per diabete e malattie arteriose
- Automonitoraggio e autogestione del diabete
- Educazione terapeutica del paziente

VALUTAZIONE CLINICA

- Esame obiettivo generale
- Indice di massa corporea (peso, altezza)
- Valutazione del grasso viscerale
- Esame dei piedi: deformità, rigidità articolazioni, condizioni cute, ischemia, ulcere, polsi arteriosi, alterazioni sensorio
- Acuità visiva
- Siti di iniezione di insulina
- Pressione Arteriosa

CONSULENZA SPECIALISTICA (ORTOPEDICA, CHIRURGICA) (se necessario)

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

- 90.27.1 Glicemia
- 90.28.1 Emoglobina glicosilata
- 90.14.1 Colesterolemia HDL
- Colesterolemia LDL
- 90.14.3 Colesterolemia totale
- 90.43.2 Trigliceridemia
- Creatininemia

ESAME URINE

90.44.3 Chimico-fisico e microscopico

90.33.4 Microalbuminuria (non necessaria se proteinuria all'esame chimico-fisico)

ESAMI STRUMENTALI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO D'ORGANO E DELLE COMPLICANZE CRONICHE

• Cuore

89.52 ELETTRICARDIOGRAMMA

88.72.1 ECOCARDIOGRAFIA

87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE Di ROUTINE (in assenza di ecocardio) ELETTRICARDIOGRAMMA DA SFORZO (se sospetto di cardiopatia ischemica)
ECOCARDIOGRAMMA DA SFORZO (se sospetto di cardiopatia ischemica)

• Occhio

95.09.1 ESAME OFTALMOSCOPICO DEL FUNDUS OCULI ESAME OFTALMOSCOPICO PER CORNEA, CRISTALLINO E CORPO VITREO

• Sistema nervoso

89.59.1 TEST CARDIOVASCOLARI PER LA VALUTAZIONE Di NEUROPATIA AUTONOMICA STUDIO RADIOLOGICO O SCINTIGRAFICO DELLO SVUOTAMENTO GASTRICO (nel sospetto di gastroparesi)

Il monitoraggio del danno d'organo richiede un accesso all'anno.

PIEDE DIABETICO
PROTOCOLLO B (DH TERAPEUTICO)

Numero di accessi: variabile in rapporto alle necessità terapeutiche

Protocollo A + le seguenti procedure terapeutiche:

MEDICAZIONE DELLE LESIONI

CURETTAGE CHIRURGICO

TERAPIA ENDOVENOSA PROLUNGATA

Allegato

Organizzazione del monitoraggio clinico del diabete mellito

<i>Review topics</i>	<i>Visita iniziale</i>	<i>Controlli periodici (1-3-6mesi)</i>	<i>Controllo annuale</i>
Anamnesi recente o remota di diabete			
Attività sociali / stile di vita			
Comprensione/autogestione del diabete			
Risultati / capacità di autogestione			
Sintomi/segni di complicanze			
Tabagismo		Se presente	
Anamnesi di altre malattie			
Anamnesi familiare di diabete e arteropatie			
Anamnesi farmacologica remota e recente			
Peso / indice di massa corporea			
Esame generale			
Esame di piede / siti di iniezione		Se alterato	
Esame di occhio / visione		Se alterato	
Pressione arteriosa		Se elevata	
Emoglobina glicosilata			
Profilo lipidico		Se alterato	
Proteine urinarie			
Microalbuminuria <small>o volte / anno se precedentemente normale</small>		Se presente	
Creatinemia <small>o volte / anno se precedentemente normale</small>		Se alterata	

Fonti bibliografiche

- 1. A Desktop Guide to Type 2 Diabetes Mellitus**
European Diabetes Policy Group 1999 An accessible (but accordingly prescriptive) and up-to-date guideline to most aspects of diabetes care for the person with Type 2 diabetes.
- 2. A Desktop Guide to Type 1 (Insulin-dependent) Diabetes Mellitus**
European Diabetes Policy Group 1998 An accessible (but accordingly prescriptive) and up-to-date guideline to most aspects of diabetes care for the insulin-dependent person.
- 3. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus**
Report of a WHO Consultation 1999 The full text and contents of the WHO recommendations on the diagnosis and classification of diabetes mellitus.
- 4. A Strategy for Arterial Risk Factor Management in Type 2 (Non-insulin-dependent) Diabetes Mellitus**
European Arterial Risk Factor Policy Group 1997 A guideline devoted to the concept of Type 2 diabetes as primarily a vascular disease, with detailed rationale of the arterial risk factors considered, and a patient-based management approach. Previously published in *Diabetic Medicine* 1997; 14: 611-621
- 5. Consensus Guidelines for the Management of Insulin-dependent (Type 1) Diabetes**
European IDDM Policy Group 1993 A detailed guideline, with considerable explanation included, which has stood the test of time well. Previously published in *Diabetic Medicine* 1993; 10: 990-1005

ALLEGATO A2)

DAY HOSPITAL
MALATTIA IPERTENSIVA

DRG: 134

ICID9: 401 (ipertensione essenziale);
402 (cardiopatía ipertensiva);
403 (nefropatia ipertensiva);
404 (cardionefropatia ipertensiva);
405 (ipertensione secondaria);

CRITERI DI AMMISSIONE

1. Valutazione del rischio cardiovascolare e del danno d'organo in pazienti con diagnosi di ipertensione 2. Monitoraggio del rischio cardiovascolare e del danno d'organo in pazienti ipertesi già in trattamento	Protocollo A
3. Pazienti ipertesi con sospetta ipertensione secondaria	Protocollo B

PROTOCOLLO A

Numero di accessi per ricovero: uno

89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE CLINICA

ANAMNESI

- Tabagismo
- Attività fisica
- Attività lavorativa
- Condizioni socio-economiche
- Abitudini alimentari (consumo di grassi, sale, alcol)
- Uso di farmaci o sostanze che possono aumentare la pressione (contraccettivi orali, antinfiammatori, liquirizia, cocaina, arrifetamina, eritropoietina, steroidi, ciclosporina)
- Etnia
- Regione geografica di appartenenza
- Familiarità per cardiopatia coronaria, ictus, nefropatia, diabete, iperlipidemia
- Anamnesi personale di patologie associate: malattie cerebrovascolari, cardiopatie, nefropatie, vasculopatie
- Fattori ambientali (rumore)
- Adesione al trattamento antiipertensivo
- Sintomi riferibili ad ipertensione secondaria

VALUTAZIONE CLINICA

- Esame obiettivo del torace e dell'addome per identificare dimensioni del rene e soffi addominali
- Esame neurologico
- Misurazione PA in odostasi e clinostasi
- Segni riferibili ad ipertensione secondaria
- Calcolo dell'indice di massa corporea (peso, altezza)
- Calcolo del rischio cardiovascolare

91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

90.14.1 Colesterolemia HDL Bari

90.14.3 Colesterolemia totale

90.27.1 Glicemia

90.37.4 Potassiemia

90.40.4 Sodiemia

90.43.2 Trigliceridemia

90.43.5 Uricemia

90.62.2 Emocromo

90.65.1 Fibrinogenemia

Azotemia

Creatininemia

90.44.3 ESAME URINE CHIMICO-FISICO E MICROSCOPICO

ESAMI STRUMENTALI PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO D'ORGANO

■ Cuore

89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA

88.72.1 ECOCARDIOGRAFIA

87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE Di ROUTINE (in assenza di ecocardio)

■ Retina

95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI

■ Vasi arteriosi

88.73.5 ECO (COLOR) DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI

ECO (COLOR) DOPPLER AORTA ADDOMINALE

ECO (COLOR) DOPPLER ARTERIE ILIACHE E FEMORALI

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

PROTOCOLLO B

Protocollo A + uno dei protocolli per diagnosi di ipertensione secondaria

1. Ipertensione arteriosa associata a patologia tiroidea
 - FT3, FT4, TSH
 - Ecografia tiroidea
 - Scintigrafia tiroidea

2. Ipertensione arteriosa associata ad iperaldosteronismo primario
 - K plasmatico
 - K urinario
 - Attività renina plasmatica
 - Aldosterone plasmatico
 - Eco, TC o RMN surrenalica
 - Numero di accessi: 1

Lo studio delle seguenti ipertensioni secondarie richiede ricovero ordinario

1. Ipertensione arteriosa associata a feocromocitoma
 - Catecolamine urinarie, acidovanilmandelico e metanefrine sulle urine delle 24 ore
 - Catecolamine plasmatiche
 - Ecografia surrenalica
 - TC o RMN surrenalica
 - Rx torace (per individuare le lesioni intratoraciche)

2. Ipertensione arteriosa associata a Sindrome di Cushing
 - Cortisolo plasmatico
 - Cortisolo sulle urine delle 24 ore
 - Test notturno di soppressione al desametasone
 - 17-idrossisteroidi e 17-chetosteroidi urinari
 - TAC o RMN surrenalica
 - RMN dell'ipofisi

3. Ipertensione nefro-vascolare
 - Azotemia, creatininemia, VFG, es. urine, Na e K sierici ed urinari
 - Eco renale
 - Eco doppler arterie renali
 - Scintigrafia renale con captopril
 - Arteriografia renale

Fonte bibliografica

1999 World health Organization - International Society of Hypertension Guidelines Subcommittee.
Journal of Hypertension 1999, 17:151-83

ALLEGATO A3)

LINEE GUIDA PER ENDOSCOPIA DIGESTIVA**Modalità di erogazione delle prestazioni**

Le prestazioni di Endoscopia Diagnostica devono essere erogate in regime **Ambulatoriale**, con la compilazione di una cartella o scheda clinica in cui, oltre alle note sulla procedura, il referto endoscopico e l'eventuale terapia prescritta, sia riportata l'anamnesi, la preventiva visita dello specialista (gastroenterologo o chirurgo) ai fini della valutazione dell'indicazione all'esame, il consenso informato da parte del paziente e eventuali fattori di rischio.

Fanno eccezione quei casi selezionati in cui i fattori di rischio legati al paziente o la durata e la complessità della procedura (vedi sotto *) non richiedano un maggiore livello di monitoraggio e assistenza cardio-respiratoria e antalgico, tale da prevedere l'intervento dell'anestesista-rianimatore. In questi casi la procedura andrà erogata in regime di Day-hospital, con previsione di: *esami ematochimici, Ecg, Rx torace, esame istologico o citologico*.

Tutte le prestazioni in elezione di Endoscopia Operativa da eseguire in corso di GDScopia o Colonscopia, escludendo quelle che presentino un alto grado di complessità e un alto rischio di complicazioni a distanza, vanno erogati in regime di **Day-hospital** in cui sia previsto: esami ematochimici, Ecg esame istologico o citologico.

Le prestazioni di Endoscopia, Operativa in urgenza, quelle che comportino un alto rischio di complicazioni a distanza e tutte le procedure di Endoscopia Diagnostica e/o Operativa sulle vie biliari e/o pancreatiche devono essere erogate in regime di **Ricovero Ospedaliero** con uno "Stand-by" chirurgico.

*** Fattori di rischio**

Fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze durante la procedura endoscopica, che richiedono un aumentato livello di monitoraggio cardio-respiratorio con assistenza anestesiológica:

- Età avanzata
- Cardiopatia ischemica
- Malattie cerebrovascolari
- Obesità
- Anemia
- Emorragia digestiva
- Pneumopatie gravi
- Insufficienza renale o epatica

- Manovre difficili e prolungate
- Manovre che richiedono l'impiego di strumenti di grosso calibro per il tratto digestivo superiore
- Manovre superiore
- Manovre effettuate in ambienti semioscuri (ad es. ERCP)
- Manovre che prevedono l'uso combinato di benzodiazepine e oppiacei

Bibliografia

Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy. A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Revised by the Standards of Practice Committee on September 2000 and approved by the Governing Board.

Vader Jp, Froehlich F, Dubois RW, Beglinger C, Wietlisbach V, Pittet V, Ebel N, Gonvers N, Burnand B. *European Panel of the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): conclusions and www site.* Endoscopy 1999; 31 (8): 687-94

Linee Guida in Endoscopia Digestiva approvate dalla Commissione sugli Standard Clinici e dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), 1995-97.

Schema riassuntivo per le più comuni procedure di Endoscopia digestiva

Diagnosi	Intervento	Regime	Cartella clinica	Visita specialistica	Consenso informato	Esami ematochimici	ECG	Rx torace	Esame istologico	Anestesista	Radiologia
Endoscopia diagnostica non a rischio		Ambulat.	X	X	X				X		
Endoscopia diagnostica a rischio		D.H.	X	X	X	X	X	X	X	X	
Neof. polipoidi app. digerente	Polipectomia endoscopica	D.H.	X	X	X	X	X		X		
Lesione sanguinante app. digerente	Emostasi endoscopica	Ricovero	X	X	X					X	
Varci esofagee	Legatura o scleroterapia	Ricovero	X	X	X						
Stenosi esofagea benigna	Dilatazione	D.H.	X	X	X	X	X	X			X
Stenosi esofagea maligna	Dilatazione	D.H.	X	X	X	X	X	X	X		X
Corpi estranei app. digerente	Rimozione	Ricovero	X	X	X					X	
Acalasia esofagea	Dilatazione pneumatica	D.H.	X	X	X	X	X	X		X	X
Malnutrizione	Posiz. gastrostomia	Ricovero	X	X	X					X	
Tumori stenosi app. digerente	Laser, diatermo, stent	Ricovero	X	X	X					X	X
Patologia bilio-pancreatica	ERCP-papilotomia-Clearing-Stent	Ricovero	X	X	X					X	X



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza G. Cesare, 11 - 70124 BARI

Cod. 322



UNITA' OPERATIVA DI EMATOLOGI.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E MEDICINA
PUBBLICA - Sezione di Ematologia
Direttore Prof. Vincenzo Liso

☎ +39 080 5592337 - 5478711

Fax +39 080 5428978

E-mail ematba@cimedoc.uniba.it

21 SET. 2001

Bari,.....

ALLEGATO A4)

RICOVERO IN DAY HOSPITAL DI EMATOLOGIA

- Il ricovero in Day Hospital di Ematologia è prevalentemente effettuato per motivi di diagnostica.
- I trattamenti chemioterapici sono eseguiti nel DH. di Ematologia quando al trattamento del paziente si associano necessità di diagnostica specialistica (puntato sternale, biopsia osteomidollare, etc.) e/o strumentale (Rx torace, etc.) o richiesta di altre consulenze specialistiche.

SCHEMI DI CHEMIOTERAPIA UTILIZZATI IN ONCO-EMATOLOGIA IN REGIME AMBULATORIALE

CHOP

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 650 mg/mq endovena
- ADRIBLASTINA 25 mg/mq eridovena
- VINCRISTINA 1.4 mg/mq endovena
- PREDNISONA 100 mg/mq per 5 giorni

6 cicli (frequenza 3-4 settimane); 1-3 accessi per ciclo

PRO-MACE-CYTABOM

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 650 mg/mq endovena
- ADRIBLASTINA 25 mg/mq endovena
- ETOPOSIDE 120 mg/mq endovena
- PREDNISONA 60 mg/mq per 14 giorni
- VINCRISTINA 1.4 mg/mq endovena
- METHOTREXATE 120 mg/mq endovena
- ARABINOSIDE-CITOSINA 300 mg/mq endovena
- BLEOMICINA 5 mg/mq endovena
- AC. FOLICO 30 mg/mq endovena

5 cicli (frequenza 34 settimane); 2-4 accessi per ciclo

ABVD

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- ADRIBLASTINA 25 mg/mq per 2 infusioni endovena
- VINBLASTINA 6 mg/mq per 2 infusioni endovena
- BLEOMICINA 10 mg/mq per 2 infusioni endovena
- DETICENE 375 mg/mq per 2 infusioni endovena

4 cicli (frequenza ogni 4 settimane); 2 accessi per ciclo

FND

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- FLUDARABINA 25 mg/mq per 3 infusioni endovena

- MITOXANTRONE 10 mg/mq 1 infusione endovena
- DESAMETAZONE 20 mg/mq per 5 infusioni endovena

6-8 cicli (frequenza ogni 4 settimane); 5 accessi per ciclo

COMP

- ANTIEMETICI 2 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 650 mg/mq per 2 infusioni endovena
- VINCRISTINA 1.4 mg/mq 1 infusione endovena
- PREDNISONONE 100 mg/mq per 15 giorni

6 cicli (frequenza ogni 4 settimane); 2 accessi per ciclo

EDX-DEXA

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 1 gr/mq per 2 infusioni endovena
- DESAMETAZONE 40 mg/mq per 3 giorni

6 cicli (frequenza ogni 4 settimane); 4 accessi per ciclo

MTX

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- METHOTREXATE 50 mg/mq endovena

26 cicli anno (frequenza settimanale); 1 accesso per ciclo

VCR

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- VINCRISTINA 2 mg settimana endovena
- M-PRD 40 mg/settimana

26 cicli anno (frequenza settimanale); 1 accesso per ciclo

L-VAMP

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- VINCRISTINA 2 mg endovena
- METHOTREXATE 1 gr/mq endovena

- CITOSINA-ARABINOSIDE 100 mg/mq endovena
- CITOSINA-ARABINOSIDE 400 mg/mq endovena
- DESAMETAZONE 10 mg/mq endovena per 5 giorni

3 cicli (frequenza ogni 10 giorni); 2 accessi per ciclo

VP16-ARA-C

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- ETOPOSIDE 100 mg/mq endovena per 5 giorni
- CITOSINA-ARABINOSIDE 100 mg/mq endovena per 5 giorni

3 cicli (frequenza ogni 21 giorni); 5-7 accessi per ciclo

VUMON-ARA-C

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- VUMON 165 mg/mq endovena
- CITOSINA-ARABINOSIDE 400 mg/mq endovena

4 cicli (ogni 7 giorni); 2 accessi per ciclo

VCR-DAUNO

- ANTIEMETICI 1 fl endovena
- VINCRISTINA 2 mg endovena
- DAUNOBLASTINA 30 mg/mq per 3 giorni

2 cicli (frequenza 15 giorni); 3-4 accessi per ciclo

VNCOP-B

- ANTIEMETICI 8 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 300 mg/mq per 4 infusioni endovena
- MITOXANTRONE 10 mg/mq per 4 infusioni endovena
- ETOPOSIDE 150 mg/mq per 2 infusioni endovena
- VINCRISTINA 1,4 mg/mq per 4 infusioni endovena
- BLEOMICINA 10 mg/mq per 2 infusioni endovena
- PREDNISONE 40 mg/die per 52 gg.

12-16 accessi per ciclo

MACOP-B

- ANTIEMETICI 12 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 350 mg/mq per 6 infusioni endovena
- ADRIBLASTINA 50 mg/mq per 6 infusioni endovena
- VINCRISTINA 1,4 mg/mq per 6 infusioni endovena
- METHOTREXATE 400 mg/mq per 3 infusioni endovena
- AC. FOLICO 15 mg/mq per 12 infusioni endovena
- CITOSINA ARABINOSIDE 300 mg/mq endovena
- BLEOMICINA 10 mg/mq per 3 infusioni endovena
- PREDNISONA 75 mg/die per 84 gg endovena

12-16 accessi per ciclo

HiD-EDX

- ANTIEMETICI 2 fl endovena
- CICLOFOSFAMIDE 5 g/mq

1 CICLO DI TERAPIA MOBILIZZANTE 4-6 accessi per ciclo

MIME

- ANTIEMETICI 5 fl endovena
- IFOSFAMIDE 1 g/mq/die per 5 gg consecutivi
- METHOTREXATE 30 mg/mq endovena
- UROMITEXAN 720 mg/mq/die per 5 gg consecutivi endovena
- ETOPOSIDE 100 mg/mq per 3 infusioni endovena

6-8 accessi per ciclo

n. 6 cicli (freq. 4 w)

MabThera-FC

- ANTIEMETICI 3 fl endovena
- FLUDARABINA 30 mg/Mq per 3 infusione endovena
- CICLOFOSFAMIDE 300 mg/mq per 3 infusioni endovena
- MabThera 375 mg/mq 1 infusione

4-6 accessi per ciclo

n. 6 cicli (freq. 4 w)

MabThera

- MabThera 375 mg/mq 4 infusioni a frequenza settimanale per 4 sett.

4-8 accessi per ciclo

VAD

- ANTIEMETICI 4 fl endovena
- ADRIBLASTINA 9 g/mq infusione di 4 gg in pompa endovena
- VINCRISTINA 0,4 mg/mq infusione di 4 gg. in pompa endovena
- DESAMETAZONE 40 mg/die per 4 gg consecutivi

4-8 accessi per ciclo

n. 6 cicli (freq. 4 w)

FLUDARABINA

- ANTIEMETICI 5 fl endovena
- FLUDARABINA 25 mg/mq per 5 infusione endovena per 5 gg consec.

6-8 accessi per ciclo

n. 6-8 cicli (freq. 4 w)

FC

- ANTIEMETICI 3 fl endovena
- FLUDARABINA 30 mg/mq per 3 infusione endovena per 3 gg consec.
- CICLOFOSFAMIDE 300 mg/mq per 3 infusioni endovena per 3 gg con

4-6 accessi per ciclo

n. 6-8 cicli (freq. 4 w)

ALLEGATO A5)**LINEE GUIDA PER L'ATTIVITA' AMBULATORIALE E DI RICOVERO
IN DAY-HOSPITAL IN EMATOLOGIA ED ONCOLOGIA MEDICA**

L'accesso al regime di ricovero diurno deve avvenire su decisione del medico specialista oncologo strutturato che, dopo esame clinico in regime ambulatoriale, identifica i soggetti che necessitano di prestazioni diagnostiche-terapeutiche non erogabili in regime ambulatoriale né con ricovero ordinario.

L'attivazione, quindi, del ricovero in Day-Hospital, avviene nell'ambito di un iter diagnostico-terapeutico programmato.

L'assistenza in regime di D.H. garantisce il rispetto del principio di efficacia ed appropriatezza dell'intervento medico e risponde a requisiti ed esigenze fondamentali in campo neoplastico, in modo che possa essere attuata:

- una umanizzazione dell'assistenza, assicurando al paziente un trattamento appropriato in ambiente protetto ed evitando il ricovero notturno nei casi in cui ciò non è strettamente necessario dal punto di vista clinico;
- una razionalizzazione dell'assistenza, permettendo alla organizzazione sanitaria di ottimizzare il consumo di risorse e di migliorarne l'efficienza;
- una facilitazione del percorso assistenziale del paziente in quanto si ritiene che la continuità del regime di ricovero ordinario e di quello diurno (D-H), nell'ambito di una unica équipe specialistica, sia un elemento indispensabile per sfruttare in pieno i vantaggi che tale modello organizzativo è in grado di apportare.

Una tale organizzazione si estrinseca nei confronti del paziente migliorandone la qualità di vita, facilitando l'organizzazione socio-assistenziale, abbattendo i costi nella gestione della spesa sanitaria di tale patologia ormai in notevole incremento e garantendo l'attività scientifica e di ricerca.

CRITERI DI AMMISSIONE AL DAY-HOSPITAL

- Terapie endovenose che utilizzando farmaco/i con potenziali effetti collaterali a breve oltre che a lungo termine, anche in somministrazione unica ma protratta nel tempo;
- Situazioni cliniche che implicano "consulenze multiple" nell'arco dello stesso accesso con il carattere di consulenza specialistica e comunque coordinate e complementari tra di loro.

CRITERI DI CARATTERIZZAZIONE DELLA DEGENZA IN DAY-HOSPITAL

- collocazione all'interno di una struttura ospedaliera;
- possibilità di utilizzare tecnologie presenti nella struttura ospedaliera;
- presenza di personale medico specializzato;
- presenza di personale infermieristico in possesso di conoscenze e competenze tecniche adeguate;
- presenza di posti letto dedicati solo alla fascia oraria diurna, con l'implicazione che il personale sia medico che infermieristico sia dedicato all'attività di Day-Hospital.

Ne consegue che il Day-Hospital può farsi carico di emergenze limitate conseguenti a prestazioni erogate come gli effetti collaterali di terapie citostatiche.

In base alle esigenze cliniche dei pazienti oncologici ed alla necessità di garantire con la massima sicurezza l'erogazione della prestazione richiesta, si possono effettuare due tipi di assistenza:

1. Assistenza Ambulatoriale

2. Assistenza in Day-Hospital.

ASSISTENZA AMBULATORIALE

Caratteristiche strutturali e di funzionalità:

- delimitazione temporale del percorso assistenziale, contenuto comunque in un periodo massimo di poche ore;
- completa programmazione dell'attività.

Il costo dei farmaci utilizzati in regime ambulatoriale deve essere rimborsato dalla ASL di appartenenza del paziente.

Sarà registrato su ricetta interna dell'ospedale (File F) da parte dell'unità di oncologia che esegue la prestazione e sarà consegnata alla farmacia ospedaliera.

Nel trattamento ambulatoriale deve essere utilizzata una scheda le seguenti caratteristiche (vedi allegato):

- Data della prima prestazione e di quelle successive
- Nome e cognome del paziente con indirizzo completo
- Diagnosi
- Principali dati ematochimici registrati prima dell'infusione dei citostatici
- Terapia adottata e Registrazione schema dosaggio giornaliero e/o settimanale effettuato
- Eventuali effetti collaterali.

Da quanto su esposto, si evidenzia che per assistere adeguatamente il malato, alcune volte non è necessario un vero e proprio ricovero, ma sono sufficienti controlli e trattamenti periodici ambulatoriali: ad esempio pazienti in ormonoterapia per tumori metastatici, in terapia ormonale adiuvante orale o parenterale o in follow-up.

E' possibile anche effettuare alcuni trattamenti terapeutici antitumorali con farmaci singoli a dosi standard (monochemioterapia) in regime ambulatoriale. I farmaci utilizzati sono:

1. Bleomicina e.v.
2. Vincristina e.v.
3. Vinblastina e.v.
4. Vinorelbina
5. Etoposide e.v.
6. Adriblastina ed Epirubicina e.v. per trattamenti settimanali
7. Mitomicina-C. e.v.
8. 5-Fluorouracile senza Ac. Folico C.V.
9. Methotrexate e.v. fino alla dose di 50 mg/m²
10. Ciclofosfamide e.V. fino a 500 mg/m²
11. Taxani e derivati (Docetaxel, Paclitaxel)
12. Anticorpi monoclonali (Herceptin, Mabthera, et al.)
13. Composti a base di platino (Cisplatino, Carbopittino, Oxaliplatino)
14. Inibitori della topoisomerasi 1 (Topotecan, Irinotecan)
15. Doxorubicina liposomiale (Caelix)
16. Raltitrexed (Tomudex)
17. Amifostina
18. ICRF - 187 (Cardioxane)
19. Temozolamide (Temodal)
20. Gericitabina (Gemzar)

Se tali farmaci dovessero essere somministrati in pazienti le cui condizioni generali necessitano di attento monitoraggio clinico e strumentale tale somministrazione sarà effettuata in regime di D.H.

Si rende inoltre necessario il ricovero in D.H. qualora essi vengano somministrati in regimi di polichemioterapia.

Il rimborso del file F alla struttura ospedaliera che eroga il servizio sarà a cura della A.S.L. di appartenenza.

DAY-HOSPITAL ONCOLOGICCI TERAPEUTICO

Deve comprendere le seguenti prestazioni:

- Visita medica generale
- Misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca).
- Determinazione e controllo dei parametri ematochimici per eventuale modifica del dosaggio dei farmaci.
- Profilassi antiemetica.
- Somministrazione dei farmaci citostatici per via endovenosa e/o attraverso dispositivi particolari (tipo pompe elastomeriche, walk-med, etc.) che consentono la infusione continua degli stessi.
- Attento monitoraggio del paziente durante l'infusione degli antitumorali a cura del personale medico-infermieristico al fine di evitare stravasi e controllare le eventuali reazioni di ipersensibilità ai farmaci.
- Somministrazione di immunoterapia per via generale o sottocutanea (Interleukina 2, interferone c/o analoghi)
- Somministrazione endovenosa di farmaci di supporto (sostanze osteo-protettive come il pamidronato, trasfusioni di emocomponenti o emoderivati c/o sostanze simili a quelle indicate).
- Prescrizione della profilassi per l'emesi tardiva

Nel D.H. Terapeutico gli accessi devono fare riferimento al numero dei giorni nel quali avviene la somministrazione del/dei farmaci secondo lo schema del protocollo adottato.

Il singolo accesso deve comprendere le prestazioni già indicate secondo i criteri della Good Clinical Practice.

Il ricovero in Day-Hospital deve essere aperto il giorno di accettazione e deve essere chiuso a programma terapeutico ultimato.

Alla chiusura del D.H. deve essere predisposta la lettera di dimissione da inviare al medico curante il fine di assicurare la continuità assistenziale.

PROTOCOLLI TERAPEUTICI PER LE NEOPLASIE SOLIDE

L'infusione giornaliera di uno o più farmaci citostatici e/o chemioprotettori, deve essere assicurata secondo le norme della "Good Clinical Practice" con protocolli di seguito indicati:

Carcinoma mammario**ADM o EPI in monochemioterapia**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
ADM	60 - 75	1
o		
EPI	75-120	1

VNR settimanale

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VNR	25-30	1

MTZ

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
MTZ	10-14	1

CMF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CTX	600	1
MTX	40	1
SFU	600	1

FAC/FEC

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
SFU	600	1
ADM/EPI	60	1
CTX	600	1

FNC

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
SFU	600	1
MTZ	10	1
CTX	600	1

AC/EC

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
ADM/EPI	60	1
CTX	600	1

MITO-C + VNR

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
MITO-C	8	1
VNR	25	1, 8

EPI + VNR

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
EPI	30-40	1 e 8
VNR	20-30	1 e 8

NOLE'

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VNR	25	1, 3
AF	100	1,2,3
SFU	300-350	1,2,3

VNR+ FU/AF in cronomodulazione

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VNR	30	1, 2, 3, 4, 5
SFU	750	1, 2, 3, 4, 5

GEM+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1200	1 e 8
CDDP	50	2,3

GEM+VNR

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
Gem	1000	1, 8
VNR	25	1, 8

GEM+MTZ

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
Gem	1000	1, 8
MTZ	10	1

VNR+MTZ

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VNR	25	1, 8
MTZ	12	1

TXT+EPI

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
TXT	75	1
EPI	50	1

DOCETAXEL

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
TXT	100	1

TAX+EPI

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
TAX	175	1
EPI	90	1

Neoplasie polmonariCAV

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VCR	1.4	1
CTX	750	1
ADM	50	1

CAE

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VP16	100	1, 2, 3
CTX	750	1
ADM	50	1

CDDP+VP16

Farmaco	dose/m ² (mg) *	giorni di somm.
CDDP	30	1,2,3
VP16	120	1,2,3

CPT11+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CPT11	75	1, 8, 15
CDDP	75	2

GEM+VNR

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1000	1,8
VNR	25	1,8

CDDP+VNR

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	30	1,2,3
VNR	25	1,8

GEM+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1000	1,8
CDDP	30	1,2,3

GEM+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1200	1,8,15
CDDP	75	1

GEM+CDDP ogni 21 giorni

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1000	1,8,15
CDDP	70 - 80	2 o 15

GEM+CDDP ogni 28 giorni

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1000	1,8,15
CDDP	100	2 o 15

Carcinoma del colon - retto5FU/AF (schema di Machover)

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
5FU	350	1,2,3,4,5
AF	100	1,2,3,4,5

CDDP+5FU/AF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	30	1,2,3
5FU	350	1,2,3
AF	100	1,2,3

Schema De Gramont

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
AF bolo	100	1,2
5FU bolo	400	1,2
5FU i.c.	600	1,2

FOL FOX

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
AF bolo	100	1,2
5FU bolo	400	1,2
5FU i.c.	600	1,2
OHP i.c.*	100	1

*idratazione 1000 cc g 1

*stacco pompa, manutenzione C.V.C. g 2

FOL FIRI

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
AF bolo	100	1,2
5FU bolo	400	1,2
5FU i.c.	600	1,2
CPT11	200	1

CPT11 settimanale

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CPT11	125	1

CPT11/ FUFA

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
---------	--------------------------	-----------------

<i>CPT11</i>	125	1,8,15,22
<i>AF</i>	20	1,8,15,22
<i>FU</i>	500	1,8,15,22

OHP - CPT 11

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>OHP</i>	85	1,15
<i>CPT11</i>	80	1,8,15

OHP - raltitrexed

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>OHP 130</i>	1	
<i>Raltitrexed</i>	3	1

5FU i.c. settimanale

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>5FU i.c.</i>	300	1

OHP - FU/FA in cronomodulazione

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>OHP</i>	25	1, 2, 3, 4
<i>5FU</i>	750-900	1, 2, 3, 4
<i>AF</i>	300	1, 2, 3, 4

Neoplasie del fegatoMTZ

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>MTZ</i>	10-14	1

ADM o EPI in monochemioterapia

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>ADM</i>	50 - 70	1
o		
<i>EPI</i>	75-100	1

ECF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>EPI</i>	50-70	1
<i>CDDP</i>	50-70	1
<i>5FU i.c.</i>	200	1,8,15,22

Carcinoma del pancreas5FU/AF

secondo schema di Machover o Mayo Clinic

GEM

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>GEM</i>	1000-1200	1,8,15,22

GEM +CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
GEM	1000-1200	1,8,15
CDDP	20-30	1,8,15

SFU in cronomodulazione

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
SFU	1000-1300	1, 2, 3, 4, 5

SFU+CDDP in cronomodulazione

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
SFU	1000-1300	1, 2, 3, 4, 5
CDDP	20	1, 2, 3, 4, 5

Carcinoma dello stomacoSFU/AF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
SFU	350	1,2,3,4,5
AF	100	1,2,3,4,5

EAP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
ADM	25	1,2,3
CDDP	25	1,2,3
VP16	80	1,2,3

ECF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
EPI	50-70	1
CDDP	50-70	1
SFU i.c.	200	1,8,15,22

PELF

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	40	1, 5
EPI	30	1, 5
AF	100	1, 2, 3, 4
SFU	300	1, 2, 3, 4

Neoplasie della tiroideADM o EPI in monochemioterapia

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
ADM	50 - 70	1
o		
EPI	75-100	1

ECF ????????

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
---------	--------------------------	-----------------

<i>EPI</i>	50-70	1
<i>CDDP</i>	20-30	1,2,3

Carcinoma uroteliale**M-VAC**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>MTX</i>	30	1,15,22
<i>VBL</i>	3	1,15,22
<i>ADM</i>	30	2
<i>CDDP</i>	70	2

GEM+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>GEM</i>	1000	1,8
<i>CDDP</i>	30	1,2,3

GEM+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>GEM</i>	1200	1,8,15
<i>CDDP</i>	75	1

Chemioterapia endovesicale: 1 accesso per ciclo**Carcinoma della prostata****MTZ+Pdn**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>MTZ</i>	12	
<i>Pdn</i>	10 totale per os	ogni giorno

VNR settimanale

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>VNR</i>	25	1,8,15

IFO

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>IFO+mesna</i>	2000	1,2,3

Carcinoma renale**SFU+IL-2+IFN***

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>SFU</i>	750	1,8,15,22,29
<i>IL-2</i>	18MU dose totale	18 somministrazioni§

* durata del ciclo: 10 settimane

§ fanno riferimento al DRG 411 100%

Neoplasie del testicolo

PEB

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	20	1,2,3,4,5
VP16	100	1,2,3,4,5
BLM	30 U (totale)	2,9,16

VIP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	20	1,2,3,4,5
VP16	75	1,2,3,4,5
IFO+Mesna	1200	1,2,3,4,5

Carcinoma dell' utero e dell' ovaio**PAC**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
ADM	50	1
CTX	700	1
CDDP	70	2

IP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
IFO+mesna	2500	1,2,3
CDDP	25	1,2,3

IFO+CDDP+TAX

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
IFO+mesna	2500	1,2,3
CDDP	25	1,2,3
TAX	120-180	3

Topotecan

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
Topotecan	1.5-2.2	1,2,3,4,5

Carcinoma del distretto cervico-facciale**CDDP+5FU**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	35	1,2,3
5FU	1000	1,2,3

CDOP+5FU

CDDP	20	1,2,3,4
5FU	600	1,2,3,4

VBM

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VCR	1	1
BLM	15 totale	1
MTX	50	1

Melanoma**CDDP+IL-2+IFN**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	75	1
IL-2	9MU	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12*

*fanno riferimento al DRG 411 100%

VBL+DTIC+CDDP

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VBL	5	1,2
DTIC	150	1-5
CDDP	75	5
IL-2	9MU	1,2,3,4,5,8,9,10,11,12*

Neoplasie della cute (non melanoma)**CDDP+5FU**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
CDDP	35	1,2,3
5FU	1000	1,2,3

CDDP+5FU

CDDP	20	1,2,3,4
5FU	600	1,2,3,4

VBM

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
VCR	1	1
BLM	15 totale	1
MTX	50	1

Sarcoma delle parti molli**AID**

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
IFO	2500	1,2,3
Mesna e.v.	1000	1,2,3
Mesna p.o.	2000x2	1,2,3
EPI	30	1,2,3
DTIC	300	1,2,3

ID

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
IFO	2500	1,2,3
Mesna e.v.	1000	1,2,3
Mesna p.o.	2000x2	1,2,3
DTIC	300	1,2,3

EI

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>IFO</i>	2500	1,2,3
<i>Mesna e.v.</i>	1000	1,2,3
<i>Mesna p.o.</i>	2000x2	1,2,3
<i>EPI</i>	30	1,2,3

EPI

Farmaco	dose/m ² (mg)	giorni di somm.
<i>EPI</i>	70	1

Neoplasie rare (ca.vie biliaria, ca. surrene, ca. timo, carcinoidi, ecc.)

Metastasi da neoplasia di origine sconosciuta

In questi casi il protocollo terapeutico sarà adottato a giudizio dell'Oncologo Medico.

N.B. E' possibile sostituire il CDDP con il CBDCA e l'ADM con la EPI secondo i rispettivi dosaggi.

E' possibile somministrare, in casi particolari, i farmaci per via intra-arteriosa.

Il numero degli accessi ed i dosaggi possono eccezionalmente variare secondo le condizioni cliniche del paziente.

LEGENDA FARMACI ANTIBLASTICI

ADM	adriaminica
AF	acido folinico
ARA-C	citosina arabinoside
BLM	bleomicina
CBDCA	carboplatino
CDDP	cisplatino
CTX	ciclofosfamide
CPT11	irinotecan
DTIC	dacarbazina
EPI	epidoxorubicina
5FU	fluorouracile
GEM	gemcitabina
IDA	idarubicina
IFN	interferone
IFO	ifosfamide
IL-2	interleuchina 2
MITO-C	mitomicina-C
MTX	methotrexate
MTZ	mitoxantrone
OHP	oxaliplatino
PCZ	procarbazina
Pdn	prednisone
TAX	paclitaxel
VBL	vinblastina
VCR	vincristina
VNR	vinorelbina
VDS	vindesina
VP-16	etoposide

Allegato

SCHEDA TERAPEUTICA

Paziente.....

Peso Kg..... Altezza cm..... Superficie corporea mq.....

Diagnosi.....

Protocollo terapeutico Cicli n.....Ripetere ogni.....giorni.

Farmaci
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....
Ciclo..... Emocromo: Hgb.....WBC.....PLT.....

Farmaci
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....
Ciclo..... Emocromo: Hgb.....WBC.....PLT.....

Farmaci
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RIMBORSO DEL DAY-HOSPITAL

In considerazione dei costi relativi ai singoli protocolli terapeutici, il D.H. Oncologico può essere distinto in tre fasce:

- 1) D.H. terapeutico con rimborso pari al 50% del DRG 410 - ciclo di chemioterapia
- 2) D.H. terapeutico con rimborso pari al 100% del DRG 410 - ciclo di chemioterapia
- 3) D.H. terapeutico con rimborso pari al 100% del DRG 411 - altro tipo di terapia.

1. D.H. terapeutico con rimborso pari al 50% del DRG 410

è riservato a pazienti in trattamento con i seguenti protocolli terapeutici o similari:

VDS (vindesina)

DTIC (dacarbazina)

CMF (CTX+ MTX+5FU)

FU/FA

CVP (CTX + VCR + Pdn)

2. D.H. terapeutico con rimborso pari al 100% del DRG 410

è riservato a pazienti in trattamento con regimi di polichemioterapia secondo i protocolli non compresi nell'elenco di cui al punto 1 ed a pazienti che necessitano immunoterapia per via generale o sottocutanea (interleukina 2, interferone c/o analoghi, ecc.).

3. D.H. terapeutico con rimborso pari al 100% del DRG 411 - altro tipo di terapia:

è riservato a pazienti oncologici che necessitano di assistenza medico-infermieristica e terapia con: trasfusione di emoderivati (albumina, ecc.), farmaci osteo-addensanti .

DAY-HOSPITAL DIAGNOSTICO

Riservato a pazienti con sospetto di neoplasia o con neoplasia (per staging e/o il re-staging) al fine di eseguire gli esami bio-umorali e quelli strumentali di seguito riportati, utili per un corretto inquadramento diagnostico:

- agoaspirati o biopsie di masse profonde (1 accesso)
- arteriografie (1 accesso)
- agoaspirato osteomidollare e/o biopsia cresta iliaca (1 accesso)
- endoscopie (1 accesso)
- ecocardiogramma (1 accesso)
- RM e TC di singoli segmenti o apparati in relazione alle esigenze diagnostiche (1 accesso)
- Mammografia ed ecografia bilaterale (1 accesso)
- Ecografia delle regioni anatomiche interessate (1 accesso)
- Eco-color-doppler della regione vascolare interessata (1 accesso)

La dimissione deve coincidere con la data dell'ultimo accesso in D.H.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
19 marzo 2002, n. 267

Legge n. 405/99 - Art. 2/bis. Riapertura termini e nuovi criteri e procedure per l'attribuzione dei contributi al Settore Commerciale di prodotti ittici a parziale copertura delle perdite derivanti dal fermo pesca bellico (4 giugno - 31 agosto 1999).

L'Assessore all'industria, Commercio ed Artigianato, Avv. Pietro Lospinuso, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio incentivazione, confermata dal Dirigente di Settore, riferisce:

La Legge 9/11/1999 n. 405 ha stanziato fondi a parziale copertura delle perdite e per tutta la durata del fermo bellico, a favore dei commercianti all'ingrosso ed al dettaglio di prodotti ittici freschi dell'Adriatico nonché agli addetti ai mercati degli stessi prodotti nelle attività manifatturiere del pesce e di facchinaggio.

In particolare, l'art. 2/bis prevede una indennità fino ad un massimo di L. 200.000 per sei giorni alla settimana per il periodo del fermo pesca bellico e, precisamente, per un totale di gg. 75;

Con decreto datato 25.02.2000 del Direttore Generale del Commercio, delle Assicurazioni e dei Servizi del competente Ministero, sono stati ripartiti i fondi di cui al predetto art. 2/bis e alla Puglia è stata assegnata la somma di Lit. 6.726.984.000;

Con deliberazione della Giunta regionale nr. 1998 del 28.12.2000 sono stati approvati i criteri e procedure per l'attribuzione dei contributi al Settore commerciale di prodotti ittici a parziale copertura delle perdite derivanti dal fermo pesca bellico (4 giugno - 31 agosto 99);

A seguito della deliberazione nr. 1998 su citata sono pervenute nr. 190 istanze (di cui 86 ammesse al beneficio e 104 escluse) per una spesa complessiva di Lire 745.500.000, pari all'11,08% circa del totale delle risorse disponibili di Lire 6.726.984.000, di cui al capitolo 343030 residui di stanziamento del bilancio regionale 2000.

Pertanto, è stato accertato uno stanziamento residuo di L. 5.981.484.000, pari a Euro 3.089.178,68, probabilmente dovuto a due fattori:

- 1) la non inclusione nel primo bando del contributo a favore degli addetti (dipendenti, collaboratori, coadiutori e soci);
- 2) l'elevata percentuale della perdita di ricavi per poter accedere al beneficio.

Alla luce di quanto sopra e in considerazione delle pressanti istanze delle Associazioni di categoria, appare opportuno riaprire i termini modificando i criteri di assegnazione dei contributi.

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N. 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.

Il presente provvedimento non comporta adempimenti contabili perché trattasi di mera fissazione di criteri e procedure per attribuzione benefici di cui alla L. 405/99 - art. 2/bis.

Il settore Commercio ritiene il presente provvedimento di competenza della Giunta regionale ai sensi della legge regionale n. 7/97 art. 4, comma 4, lett. k e della legge costituzionale 1/99.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla potestà decisionale della Giunta l'approvazione dei criteri che formano parte integrante del presente provvedimento.

LA GIUNTA

UDITA la relazione dell'Assessore al ramo;

VISTA la sottoscrizione apposta in calce al presente provvedimento da parte dei Funzionari Istruttori e dei Dirigenti dell'Ufficio e del Settore;

A VOTI UNANIMI ESPRESSI NEI MODI DI LEGGE;

DELIBERA

- Di approvare i "Criteri e procedure per l'ottenimento dei contributi al settore commerciale di prodotti ittici freschi dell'Adriatico a parziale copertura delle perdite derivanti dal fermo bellico (4 giugno - 31 agosto 1999)" come da allegati al presente atto deliberativo e che formano parte integrante e sostanziale dello stesso.
- Di pubblicare la presente deliberazione in forma integrale sul B.U.R. Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

**Indennizzo agli operatori del settore commerciale di prodotti ittici
a parziale copertura delle perdite derivanti dall'arresto della pesca
nell'Adriatico a causa dell'evento bellico nei Balcani.**

(4 Giugno - 31 Agosto 1999)

- Vista la legge 405/99 - art. 2 bis - nonché il Decreto del Direttore Generale del Ministero dell'Industria Commercio e Artigianato del 2510212000, la Giunta Regionale della Puglia stabilisce:

1. LOCALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Territorio della Regione Puglia.

2. SOGGETTI BENEFICIARI

Gli indennizzi di cui al presente bando sono concessi ai soggetti di seguito specificati con sede legale nella regione Puglia (**ad esclusione degli operatori che hanno iniziato l'attività commerciale successivamente alla data del 31/5/99**):

- a) Addetti ai mercati ittici alla produzione (a gestione pubblica, mista e privata), nelle attività manifatturiere della lavorazione del pesce e dei servizi operanti all'interno dei mercati ittici (compresi astatori, commissionari, commercianti assegnatari di posteggi di vendita, imprese e cooperative di facchinaggio e facchini liberi);
- b) Imprese commerciali all'ingrosso e al dettaglio, in sede fissa o su aree pubbliche, di prodotti ittici freschi dell'Adriatico con esclusione di quelle operanti all'interno dei supermercati e/o ipermercati.

3. REQUISITI PER L'AMMISSIONE ALL'INDENNIZZO

A) Per i soggetti di cui alla lettera a) del punto 2 (imprese manifatturiere e di servizi): operatività nei mercati ittici;

B) Per i soggetti di cui alla lettera b) del punto 2 (imprese commerciali):

1) IMPRESE DI COMMERCIO AL DETTAGLIO (sede fissa o su aree pubbliche) con volume di affari ai fini IVA relativo al 1998 uguale o inferiore a L. 200.000.000. (duecentomilioni):

a) N. 50 acquisti in date diverse di prodotti ittici freschi dell'Adriatico effettuati presso:

- i mercati ittici dell'Adriatico;
- le imprese all'ingrosso accreditate nei mercati ittici dell'Adriatico;
- le imprese della pesca con sede legale in una delle regioni adriatiche, risultanti da valida documentazione contabile (bolle e/o fatture).

Più bolle o fatture riportanti la stessa data saranno considerate come un solo acquisto.

2) IMPRESE DI COMMERCIO AL DETTAGLIO (in sede fissa o su aree pubbliche) con un volume di affari ai fini IVA relativo al 1998 superiore a L. 200.000.000. (duecentomilioni) e IMPRESE COMMERCIALI ALL'INGROSSO:

a) n. 50 acquisti in date diverse di prodotti ittici freschi dell'Adriatico effettuati presso:

- i mercati ittici dell'Adriatico;

- le imprese all'ingrosso accreditate nei mercati ittici dell'Adriatico;
- le imprese della pesca con sede legale in una delle regioni adriatiche; risultanti da valida documentazione contabile (bolle e/o fatture).

Più bolle e/o fatture riportanti la stessa data saranno considerate come un solo acquisto.

b) Volume di affari ricavabili dai corrispettivi giugno/agosto 1999 uguale o inferiore del 10% rispetto all'analogo periodo anno 1998 (per le imprese che hanno iniziato l'attività tra giugno 1998 e agosto 1998, con almeno un mese di operatività, il volume di affari da considerare per il 1999 è relativo al mese di effettiva attività svolta nel 1998.

Per tutte le imprese che hanno iniziato l'attività dopo il 31 agosto 1998, non potendoci essere un raffronto tra il volume di affari dei due periodi l'ammissione è subordinata alla presentazione degli acquisti di cui al punto a).

4. RISORSE DISPONIBILI

L'importo delle risorse è di L. 5.981.484.000 pari a Euro 3.089.178,68 (L. 6.726.984.000 - L. 745.500.000 importo liquidato con il primo bando).

5. ENTITA DELL'INDENNIZZO

L'indennità sarà calcolata e assegnata in rapporto al numero effettivo degli addetti dei mercati e delle imprese ammissibili, purché risultino in regola con i contributi previdenziali obbligatori durante il periodo dell'arresto della pesca dovuto all'evento bellico nei Balcani.

I soggetti da considerare ai fini del calcolo dell'indennizzo sono i seguenti:

- Dipendenti a tempo pieno;
- Dipendenti a tempo parziale (in rapporto all'orario di riferimento contrattuale);
- Titolari, soci collaboratori e familiari coadiuvanti, iscritti alla gestione IVS - INPS.

L'indennizzo riferito agli addetti, la cui entità non può superare £. 200.000 (duecentomila) giornaliera per un numero di 75 giornate, viene ripartito con le seguenti modalità:

- Soggetti ammissibili con volume di affari inferiore a 200 milioni: indennità giornaliera pari a Euro 51,65 (cinquantuno e sessantacinque centesimi);
- Soggetti ammissibili con volume di affari superiore a 200 milioni: indennità giornaliera pari a Euro 77,47 (settantasette e quarantasette centesimi);
- Soggetti che hanno iniziato l'attività dopo il 31.08.1998. indennità giornaliera pari a Euro 15,50 (quindici e cinquanta centesimi).
- L'indennità sarà assegnata in relazione al numero effettivo di addetti intendendo: i dipendenti a tempo pieno e/o parziale, i titolari, i soci collaboratori e i familiari coadiuvanti iscritti all'INPS ed in regola con i versamenti dei contributi.

L'indennizzo soggiace al regime "de minimis".

Le indennità succitate, in relazione al numero dei soggetti ammessi, potranno essere rimosse, in aumento o in diminuzione, proporzionalmente alla disponibilità finanziaria ed al numero dei soggetti richiedenti aventi diritto).

6. ACQUISTI DEI PRODOTTI ITTICI

Gli acquisti dei prodotti ittici da considerare sono:

- per gli operatori già attivi da gennaio 1998, quelli effettuati in tutto l'anno 1998;
- per gli operatori che hanno iniziato la loro attività di commercio tra il mese di febbraio e maggio 1998, quelli effettuati nell'arco di 12 mesi tra il 1998 e il 1999 dall'inizio dell'attività;
- per gli operatori che hanno iniziato la loro attività successivamente al mese di maggio 1998, quelli riferiti al periodo 1998 - 31 maggio 1999 proporzionalmente al numero di mesi effettivi di attività svolta.

7. MODALITA' DI FINANZIAMENTO

L'incentivo sarà erogato ai soggetti beneficiari entro 60 gg. dalla pubblicazione della determina dirigenziale di assegnazione del contributo.

8. REVOCHE

L'indennizzo di cui al presente bando verrà revocato qualora, a seguito di accertamenti da parte degli uffici preposti, risultino false dichiarazioni o documentazione contraffatte o non veritiere.

La revoca comporta la restituzione dei benefici eventualmente concessi maggiorati degli interessi legali.

La Regione può eseguire ispezioni e controlli e/o convocare presso i propri uffici i beneficiari al fine di una verifica di quanto dichiarato.

9. PRESENTAZIONE DOMANDE

I soggetti beneficiari devono presentare o spedire, tramite lettera raccomandata, la domanda, (in bollo) alla Regione Puglia - Settore Commercio - Corso Sonnino n. 177 cap. 70121 Bari - entro e non oltre 45gg. dalla data di pubblicazione della presente deliberazione sul B.U.R.

La domanda deve essere sottoscritta secondo le modalità previste dall'art. 3, comma 11, della legge n. 127/97, sostituita dall'art. 2, comma 10 della legge 191/98 (sottoscrizione e presentazione congiunta della copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità).

Le domande inviate o presentate fuori dal termine previsto, ovvero incomplete, saranno ritenute non accoglibili.

Tutte le domande già presentate (già beneficiarie o anche escluse) saranno riesaminate d'ufficio, alla luce dei criteri di cui al presente bando, per l'erogazione del contributo o per l'eventuale integrazione di quanto già ricevuto.

10. VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E CONCESSIONE ED EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI.

L'istruttoria delle domande viene effettuata da un apposito ufficio del Settore commercio dell'assessorato I.C.A.

Nella fase istruttoria saranno verificate la sussistenza dei requisiti di legge previsti per i soggetti beneficiari, nonché la completezza ed i contenuti delle domande presentate.

Eventuali integrazioni alle domande potranno essere richieste dall'Ufficio competente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Le predette integrazioni dovranno essere inoltrate entro il termine perentorio di gg. 10 dal ricevimento della richiesta. A tal fine farà fede la data del timbro postale. Le scadenze in giorni festivi, intendendosi tale anche il giorno del sabato, sono prorogate al primo giorno lavorativo successivo.

Il Dirigente del Settore Commercio approva con propria determinazione, ad istruttoria effettuata, l'elenco dei beneficiari sulla base dei criteri previsti, con l'indicazione dell'entità delle somme da erogare. Con il medesimo atto verranno, altresì, elencate le domande non ammesse al beneficio, indicandone le cause che ne hanno determinato l'esclusione.

La concessione, l'impegno di spesa e l'erogazione del contributo (in conto esercizio) sono disposti con determinazione del Dirigente del Settore commercio.

FAC-SIMILE

(Il presente modello può essere utilizzato come traccia per l'elenco delle bolle e/o fatture può essere riempito direttamente provvedendo a fotocopiarlo)

ALLEGATO "2b"

**ELENCO BOLLE E/O FATTURE
DELLE IMPRESE DI COMMERCIO ALL'INGROSSO
ACCREDITATE NEI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO**

N.PROG.	N. BOLLA O FATTURA	DATA	DENOMINAZ. IMPR. ALL'INGROSSO

DATA

FIRMA

SEGUE ALLEGATO "2b"

**PER OGNI IMPRESA COMMERCIALE SOPRA INDICATA DOVRÀ ESSERE
COMPLETATO IL SEGUENTE RIQUADRO:**

DENOMINAZIONE IMPR. COMM. ALL'INGROSSO _____
SEDE IN _____ VIA _____
ACCREDITATA PRESSO I SEGUENTI MERCATI ITTICI:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DENOMINAZIONE IMPR. COMM. ALL'INGROSSO _____
SEDE IN _____ VIA _____
ACCREDITATA PRESSO I SEGUENTI MERCATI ITTICI:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DENOMINAZIONE IMPR. COMM. ALL'INGROSSO _____
SEDE IN _____ VIA _____
ACCREDITATA PRESSO I SEGUENTI MERCATI ITTICI:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DATA

FIRMA

<u>MARCA</u>
<u>DA</u>
<u>BOLLO</u>

ALLEGATO "3"

LEGGE N.405/99 - ART.2/BIS
INDENNITÀ A FAVORE DEI COMMERCianti ALL'INGROSSO E AL DETTAGLIO
DI PRODOTTI ITTICI FRESCHI
E PER GLI ADDETTI AI MERCATI DEGLI STESSI PRODOTTI
NELLE ATTIVITÀ MANIFATTURIERE DELLA LAVORAZIONE DEL PESCE E DI
FACCHINAGGIO

Al Sig. Presidente della Giunta Regionale (domanda in bollo) —per il tramite
dell'Assessorato I.C.A. - Settore Commercio Corso Sonnino 177 - 70100 Bari

IL SOTTOSCRITTO _____
IN QUALITÀ DI _____
DELLA DITTA _____
CON SEDE LEGALE VIA _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____
TELEFONO _____ C.F./P. IVA _____
ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE N. _____ DEL _____
C.C.I.A.A. DI _____

FA ISTANZA

PER OTTENERE L'INDENNITÀ IN CONTO ~ESERCIZIO A PARZIALE COPERTURA
DELLE PERDITE SUBITE PER LA DURATA DEL FERMO BELLICO 04.06.1999-
31.08.1999.

A TAL FINE DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

COMPILARE SOLO IL RIQUADRO CHE INTERESSA

1A) PER LE IMPRESE AL DETTAGLIO CON FATTURATO 1998 UGUALE O INFERIORE A L.200.000.000 (DUECENTO MILIONI)

a) IL VOLUME DI AFFARI AL NETTO DI IVA RELATIVO AL 1998 E' STATO PARI A L. _____

b) LE BOLLE O FATTURE DI PRODOTTI ITTICI FRESCHI DELL'ADRIATICO RILASCIATE DAI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO - DAI GROSSISTI ACCREDITATI NEI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO - DALLE IMPRESE DELLA PESCA CON SEDE LEGALE IN UNA DELLE REGIONI ADRIATICHE SONO QUELLE ELENCAE NEL MODELLO I ALLEGATO PARI A N. _____

(N.B.: SONO VALIDE SOLO LE BOLLE E/O FATTURE RILASCIATE IN GIORNI DIVERSI)

1B) PER LE IMPRESE AL DETTAGLIO CON FATTURATO 1998 SUPERIORE A L.200.000.000 (DUECENTO MILIONI) E PER LE IMPRESE ALL'INGROSSO

a) IL VOLUME DI AFFARI AL NETTO DI IVA RELATIVO AL 1998 È STATO PARI A L. _____

b) LE BOLLE O FATTURE DI PRODOTTI ITTICI FRESCHI DELL'ADRIATICO RILASCIATE DAI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO - DAI GROSSISTI ACCREDITATI NEI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO -DALLE IMPRESE DELLA PESCA CON SEDE LEGALE IN UNA DELLE REGIONI ADRIATICHE SONO QUELLE ELENCAE NEL MODELLO I ALLEGATO PARI A N. _____

(N.B.: SONO VALIDE SOLO LE BOLLE E/O FATTURE RILASCIATE IN GIORNI DIVERSI)

c) IL VOLUME DI AFFARI AL NETTO DI IVA RICAVABILE DAL LIBRO DEI CORRISPETTIVI RELATIVO AL PERIODO GIUGNO/AGOSTO 1998 È STATO PARI A L. _____ E AL PERIODO GIUGNO/AGOSTO 1999 È STATO PARI A L. _____

1C) PER LE IMPRESE CHE HANNO INIZIATO L'ATTIVITÀ SUCCESSIVAMENTE AL 31.01.1998

SI DICHIARA, INOLTRE, CHE L'ATTIVITÀ DI COMMERCIO DI PRODOTTI ITTICI FRESCHI HA AVUTO INIZIO IN DATA

_____ E CHE I DATI RELATIVI AGLI ACQUISTI E AL FATTURATO SOPRA INDICATI SONO RISPONDENTI A QUANTO PREVISTO DEI CRITERI DEL PRESENTE BANDO, ED IN PARTICOLARE AI PUNTI 3) E 6).

2) IL NUMERO DEGLI ADDETTI A CARICO DELLA PRESENTE IMPRESA NEL PERIODO DEL FERMO PESCA BELLICO PER I QUALI SI CHIEDE L'INDENNIZZO, COME DA ALLEGATO 1, SONO:

- A TEMPO PIENO N. _____

- A TEMPO PARZIALE N. _____ - PER UNA MEDIA DI ORE SETTIMANALI PARI A _____

3) L'ELENCO DELLE BOLLE E/O FATTURE RIPORTATE NELL'ALLEGATO 2 SONO PARI A N°

DI CUI:

N. _____ RELATIVE AI MERCATI ITTICI

N. _____ RELATIVE AI GROSSISTI ACCREDITATI NEI MERCATI ITTICI DELL'ADRIATICO

N. _____ RELATIVE ALLE IMPRESE DELLA PESCA CON SEDE LEGALE IN UNA DELLE REGIONI ADRIATICHE

E LE STESSE SONO RELATIVE AD ACQUISTI DI PESCE FRESCO DELL'ADRIATICO.

DATA _____

FIRMA

ALLEGATI:

- *Fotocopia autenticata registro corrispettivi e/o fatture relativi ai periodi giugno/agosto 1998 e giugno/agosto 199....;*
- *Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio;*
- *Certificato della sede provinciale Inps dal quale risulti il settore di inquadramento della Ditta e che la stessa è in regola con il pagamento dei contributi;*
- *Fotocopia autenticata della dichiarazione IVA relativa all'anno d'imposta 1998;*
- *Elenco Addetti (modello "1");*
- *Elenco bolle e/o fatture dei mercati ittici dell'Adriatico (mod. "2°" "2b" "2c");*
- *Fotocopia autenticata libro matricola e copia DM10 relativi ai mesi di giu-lug 1999.*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
19 marzo 2002, n. 273

Art. 1 Legge 362 dell'08/11/91 - Revisione pianta organica delle farmacie dei comuni della provincia di Lecce ricadenti nel territorio della AUSL LE/2 - Bienni 1995/96; 97/98; 99/00 approvata con deliberazione di G.R. n. 1290 del 5.10.2001 -Errata Corrigere - Richiesta pubblicazione.

L'Assessore alla Sanità, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Unità Operativa pianta organica farmacie dell'Ufficio Assistenza Farmaceutica, dal Dirigente dell'Ufficio Assistenza Farmaceutica e dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue:

Con Deliberazione n. 1290 del 5/10/01, pubblicata

sul BURP n. 153 del 18/10/01 la Giunta Regionale, ha approvato la revisione della Pianta Organica delle Farmacie della ASL /LE 2 per i bienni 95/96-97/98-99/00.

Da una verifica del succitato provvedimento, pubblicato come innanzi riferito sul Bollettino n. 153/01 è emerso, che per mero errore materiale, il seguente prospetto riepilogativo riguardante le sedi istituite nei Comuni appartenenti alla ASL/LE 2 emanato per il biennio 95/ e riportato alle pagine 2 e 3 della Delibera di G.R. n. 1290 del 5.10.2001 nonché della parte riferita al deliberato pagine 8 e 9, pubblicata sul BURP n. 153 del 18.10.2001 alla pagine nn. 8675 e 8676 e alle pagine nn. 8682 e 8683 del deliberato contiene delle imprecisioni riferite alle indicazioni delle sedi istituite (colonna 3 sedi istituite).

Il prospetto di cui alla D.G. n. 1290 del 5/10/01, da sostituire:

BIENNIO 95 - 96				
<i>COMUNE</i>	<i>POPOLAZIONE</i>	<i>SEDI ISTITUITE</i>	<i>SEDI DA ISTITUIRE</i>	<i>SEDI DA REVOCARE</i>
Acquarica del Capo	5.157	1	0	0
Alessano	6.734	1	0	0
Alezio	5.250	1	0	0
Alliste	6.726	1	0	0
Andrano	5.204	1	0	0
Bagnolo del S.	1.881	1	0	0
Botrugno	3.043	1	0	0
Cannole	1.767	1	0	0
Casarano	20.632	5	0	0
Castrignano dei Greci	4.173	1	0	0
Castrignano del Capo	5.406	1	0	0
Castro	2.481	1	0	0
Collepasso	6.897	1	0	0
Corigliano d'Otranto	5.768	1	0	0
Corsano	5.704	1	0	0
Cursi	4.249	1	0	0
Diso	3.365	1	0	0
Gagliano del Capo	5.756	1	0	0
Gallipoli	20.631	5	0	0
Giuggianello	1.322	1	0	0
Giudignano	1.785	1	0	0
Maglie	15.284	4	0	0
Matino	11.572	2	0	0
Melissano	7.486	1	0	0
Melpignano	2.222	1	0	0
Miggiano	3.712	1	0	0
Minervino di Lecce	4.094	1	0	0
Montesano Sal.	2.730	1	0	0
Morciano di Leuca	3.562	1	0	0
Muro Leccese	5.160	1	0	0
Nociglia	2.752	1	0	0
Ortelle	2.547	1	0	0
Otranto	5.275	1	0	0
Palmariggi	1.635	1	0	0
Parabita	9.957	2	0	0
Patù	1.721	1	0	0
Poggiardo	6.213	1	0	0

Presicce	5.968	1	0	0
Racale	10.357	2	0	0
Ruffano	10.147	2	0	0
Salve	4.764	1	0	0
Sanarica	1.465	1	0	0
S.Cassiano	2.257	1	0	0
S.Cesarea Terme	3.087	1	0	0
Sannicola	6.398	1	0	0
Scorrano	6.828	1	0	0
Specchia	5.105	1	0	0
Spongano	3.855	1	0	0
Supersano	4.682	1	0	0
Surano	1.815	1	0	0
Taurisano	12.212	2	0	0
Taviano	12.306	2	0	0
Tiggiano	2.736	1	0	0
Tricase	17.183	4	0	0
Tuglie	5.596	1	0	0
Ugento	11.659	2	0	0
Uggiano La Chiesa	4.529	1	0	0

Il suindicato prospetto è sostituito dal seguente:

BIENNIO 95 - 96				
<i>COMUNE</i>	<i>POPOLAZIONE</i>	<i>SEDI ISTITUITE</i>	<i>SEDI DA ISTITUIRE</i>	<i>SEDI DA REVOCARE</i>
Acquarica del Capo	5.157	1	0	0
Alessano	6.734	3	0	0
Alezio	5.250	1	0	0
Alliste	6.726	2	0	0
Andrano	5.204	2	0	0
Bagnolo del S.	1.881	1	0	0
Botrugno	3.043	1	0	0
Cannole	1.767	1	0	0
Casarano	20.632	5	0	0
Castrignano dei Greci	4.173	1	0	0
Castrignano del Capo	5.406	3	0	0
Castro	2.481	1	0	0
Collepasso	6.897	2	0	0
Corigliano d'Otranto	5.768	1	0	0
Corsano	5.704	1	0	0
Cursi	4.249	1	0	0
Diso	3.365	2	0	0
Gagliano del Capo	5.756	1	0	0
Gallipoli	20.631	5	0	0
Giuggianello	1.322	1	0	0
Giudignano	1.785	1	0	0
Maglie	15.284	4	0	0

Matino	11.572	2	0	0
Melissano	7.486	1	0	0
Melpignano	2.222	1	0	0
Miggiano	3.712	1	0	0
Minervino di Lecce	4.094	2	0	0
Montesano Sal.	2.730	1	0	0
Morciano di Leuca	3.562	2	0	0
Muro Leccese	5.160	1	0	0
Nociglia	2.752	1	0	0
Ortelle	2.547	2	0	0
Otranto	5.275	1	0	0
Palmariggi	1.635	1	0	0
Parabita	9.957	2	0	0
Patù	1.721	1	0	0
Poggiardo	6.213	2	0	0
Presicce	5.968	2	0	0
Racale	10.357	2	0	0
Ruffano	10.147	3	0	0
Salve	4.764	2	0	0
Sanarica	1.465	1	0	0
S. Cassiano	2.257	1	0	0
S. Cesarea Terme	3.087	2	0	0
Sannicola	6.398	4	0	0
Scorrano	6.828	1	0	0
Specchia	5.105	1	0	0
Spongano	3.855	1	0	0
Supersano	4.682	1	0	0
Surano	1.815	1	0	0
Taurisano	12.212	3	0	0
Taviano	12.306	2	0	0
Tiggiano	2.736	1	0	0
Tricase	17.183	4	0	0
Tuglie	5.596	2	0	0
Ugento	11.659	4	0	0
Uggiano La Chiesa	4.529	1	0	0

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R.
N° 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTE-
GRAZIONI.

Non comporta alcun mutamento qualitativo e/o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del titolo regionale né a carico degli enti per i cui debiti, i creditori potrebbero valersi sulla Regione. Inoltre il presente provvedimento non comporta spese in relazione al Fondo Sanitario Regionale e quindi non produce oneri aggiuntivi rispetto alla quota del Fondo in parola

assegnato o da assegnare a ciascuna Azienda Sanitaria od Ospedaliera.

Il Dirigente Ufficio Assistenza farmaceutica
Sig.ra Carmela Cavallo

L'Assessore relatore delle risultanze istruttorie come innanzi illustrato, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, di specifica competenza della Giunta Regionale così come puntualmente

definito dall'art. 4, comma 4, L.R. n° 7/97 lettera d)

LA GIUNTA REGIONALE

Udita la relazione dell'Assessore alla Sanità;

Vista la sottoscrizione posta, in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio piante organiche del Servizio farmaceutico, dal Dirigente del Servizio Farmaceutico, dal Coordinatore del Settore sanità;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Di provvedere alla rettifica del seguente prospetto, riportato alle pagine 2 e 3 della Delibera di G.R. n. 1290 del 5.10.2001 nonché della parte riferita al deliberato pagine 8 e 9, pubblicata sul BURP n. 153 del 18.10.2001 alla pagine nn. 8675 e 8676 e alle pagine nn. 8682 e 8683 del deliberato, contiene delle imprecisioni riferite alle indicazioni delle sedi istituite (colonna 3 sedi istituite) e pertanto è da sostituire

BIENNIO 95 - 96				
COMUNE	POPOLAZIONE	SEDI ISTITUITE	SEDI DA ISTITUIRE	SEDI DA REVOCARE
Acquarica del Capo	5.157	1	0	0
Alessano	6.734	1	0	0
Alezio	5.250	1	0	0
Alliste	6.726	1	0	0
Andrano	5.204	1	0	0
Bagnolo del S.	1.881	1	0	0
Botrugno	3.043	1	0	0
Cannole	1.767	1	0	0
Casarano	20.632	5	0	0
Castrignano dei Greci	4.173	1	0	0
Castrignano del Capo	5.406	1	0	0
Castro	2.481	1	0	0
Collepasso	6.897	1	0	0
Corigliano d'Otranto	5.768	1	0	0
Corsano	5.704	1	0	0
Cursi	4.249	1	0	0
Diso	3.365	1	0	0
Gagliano del Capo	5.756	1	0	0
Gallipoli	20.631	5	0	0
Giuggianello	1.322	1	0	0
Giudignano	1.785	1	0	0
Maglie	15.284	4	0	0
Matino	11.572	2	0	0
Melissano	7.486	1	0	0

Melpignano	2.222	1	0	0
Miggiano	3.712	1	0	0
Minervino di Lecce	4.094	1	0	0
Montesano Sal.	2.730	1	0	0
Morciano di Leuca	3.562	1	0	0
Muro Leccese	5.160	1	0	0
Nociglia	2.752	1	0	0
Ortelle	2.547	1	0	0
Otranto	5.275	1	0	0
Palmariggi	1.635	1	0	0
Parabita	9.957	2	0	0
Patù	1.721	1	0	0
Poggiardo	6.213	1	0	0
Presicce	5.968	1	0	0
Racale	10.357	2	0	0
Ruffano	10.147	2	0	0
Salve	4.764	1	0	0
Sanarica	1.465	1	0	0
S.Cassiano	2.257	1	0	0
S.Cesarea Terme	3.087	1	0	0
Sannicola	6.398	1	0	0
Scorrano	6.828	1	0	0
Specchia	5.105	1	0	0
Spongano	3.855	1	0	0
Supersano	4.682	1	0	0
Surano	1.815	1	0	0
Taurisano	12.212	2	0	0
Taviano	12.306	2	0	0
Tiggiano	2.736	1	0	0
Tricase	17.183	4	0	0
Tuglie	5.596	1	0	0
Ugento	11.659	2	0	0
Uggiano La Chiesa	4.529	1	0	0

Di richiedere alla Presidenza della Giunta Regionale Ufficio Bollettino la parziale rettifica della deliberazione di Giunta Regionale n. 1290 del 5/10/01 pubblicata sul BURP n. 153 del 18/10/01, per i motivi in premessa specificati nella sola parte relativa al prospetto riepilogativo con riferimento alle sedi istituite nei Comuni ricadenti nel territorio della A.S.L. LE/2 di Maglie, per il biennio 1995/96 nel seguente modo; così come meglio specificato in narrativa:

BIENNIO 95 - 96				
<i>COMUNE</i>	<i>POPOLAZIONE</i>	<i>SEDI ISTITUITE</i>	<i>SEDI DA ISTITUIRE</i>	<i>SEDI DA REVOCARE</i>
Acquarica del Capo	5.157	1	0	0
Alessano	6.734	3	0	0
Alezio	5.250	1	0	0
Alliste	6.726	2	0	0

Andrano	5.204	2	0	0
Bagnolo del S.	1.881	1	0	0
Botrugno	3.043	1	0	0
Cannole	1.767	1	0	0
Casarano	20.632	5	0	0
Castrignano dei Greci	4.173	1	0	0
Castrignano del Capo	5.406	3	0	0
Castro	2.481	1	0	0
Collepasso	6.897	2	0	0
Corigliano d'Otranto	5.768	1	0	0
Corsano	5.704	1	0	0
Cursi	4.249	1	0	0
Diso	3.365	2	0	0
Gagliano del Capo	5.756	1	0	0
Gallipoli	20.631	5	0	0
Giuggianello	1.322	1	0	0
Giudignano	1.785	1	0	0
Maglie	15.284	4	0	0
Matino	11.572	2	0	0
Melissano	7.486	1	0	0
Melpignano	2.222	1	0	0
Miggiano	3.712	1	0	0
Minervino di Lecce	4.094	2	0	0
Montesano Sal.	2.730	1	0	0
Morciano di Leuca	3.562	2	0	0
Muro Leccese	5.160	1	0	0
Nociglia	2.752	1	0	0
Ortelle	2.547	2	0	0
Otranto	5.275	1	0	0
Palmariggi	1.635	1	0	0
Parabita	9.957	2	0	0
Patù	1.721	1	0	0
Poggiardo	6.213	2	0	0
Presicce	5.968	2	0	0
Racale	10.357	2	0	0
Ruffano	10.147	3	0	0
Salve	4.764	2	0	0
Sanarica	1.465	1	0	0
S.Cassiano	2.257	1	0	0
S.Cesarea Terme	3.087	2	0	0
Sannicola	6.398	4	0	0
Scorrano	6.828	1	0	0
Specchia	5.105	1	0	0
Spongano	3.855	1	0	0
Supersano	4.682	1	0	0
Surano	1.815	1	0	0
Taurisano	12.212	3	0	0
Taviano	12.306	2	0	0

Tiggiano	2.736	1	0	0
Tricase	17.183	4	0	0
Tuglie	5.596	2	0	0
Ugento	11.659	4	0	0
Uggiano La Chiesa	4.529	1	0	0

Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 6 lettera H della L.R. n. 13 del 12/4/94.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
19 marzo 2002, n. 274

Approvazione del piano regionale "Profilassi del Carbonchio Ematico - Vaccinazione obbligatoria degli animali ricettivi in alcuni comuni della Regione Puglia.

L'Assessore alla Sanità Dott. Salvatore MAZZARACCHIO, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Veterinario Regionale, e confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente di Settore riferisce quanto segue:

- Negli ultimi anni in alcune zone del territorio della provincia di Foggia e di Bari si sono manifestati focolai di carbonchio ematico e, tutt'oggi, perdura il rischio di ricomparsa dell'infezione in quanto sussistono le condizioni ambientali favorevoli al contagio;
- E' necessario, pertanto, predisporre un piano organico di profilassi vaccinale anticarbonchiosa a completamento delle norme di Polizia Veterinaria adottate nelle località ove siano stati individuati focolai di Carbonchio Ematico o che presentino notevole rischio di diffusione;
- L'attuazione del piano anzidetto corrisponde ad esigenze di tutela del patrimonio zootecnico e, trattandosi di malattia trasmissibile all'uomo, anche di tutela di salute umana;
- Il Ministero della Sanità con nota prot. n. 600.7/24461 del 11/12/01, autorizza l'emanazione di apposito provvedimento per l'attuazione a scopo profilattico preventivo degli interventi vaccinali anticarbonchiosi sugli animali ricettivi presenti nelle zone considerate a rischio di infezione;
- Pertanto:

sentite le AA.UU.SS.LL. interessate;

visti gli artt. 68 e 119 del regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. dell'08/02/1954 n. 320;

visto l'art. 3 della legge 23/01/1968, n. 34;

Risulta necessaria ed inderogabile l'approvazione

del piano allegato ed una immediata applicazione da parte dei servizi interessati.

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N. 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI.

Non comporta alcun mutamento qualitativo e/o quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per cui i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione:

Inoltre, il presente schema di provvedimento non comporta spese in relazione al Fondo Sanitario Regionale e quindi non produce oneri aggiuntivi rispetto alla quota del Fondo in parola assegnata a ciascuna Azienda Sanitaria o Ospedaliera.

Il Dirigente del Servizio Veterinario
Dr. Francesco Fucilli

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta regionale ai sensi della legge regionale n. 7/97, art. 4, comma 4, lettera a)

L'Assessore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrato propone alla giunta l'adozione del conseguente atto finale,

LA GIUNTA REGIONALE

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte dal Funzionario istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;
- A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Di fare proprie le considerazioni esposte dall'Assessore alla Sanità nella relazione sopra illustrata, riconoscendo la necessità di intervenire con la massima incisività e tempestività alla lotta contro il carbonchio ematico, allo scopo di conseguire al più presto l'eradicazione del focolaio dal territorio regionale;

- Di approvare il piano regionale “Profilassi del carbonchio ematico - Vaccinazione obbligatoria degli animali recettivi allevati in alcuni Comuni della Regione Puglia” di cui all'allegato (A), costituente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- Di dare mandato ai Direttori Generali delle aziende UU.SS.LL., i veterinari ufficiali, i Sindaci dei Comuni interessati, gli agenti della Forza Pubblica, ognuno per le proprie competenze, di dare applicazione al piano suddetto.
- Di dare mandato al dirigente del servizio Veterinario Regionale, previa acquisizione dei competenti pareri del Ministero della salute e del Centro di Referenza Nazionale per il carbonchio ematico dell'Istituto Zooprofilattico della Puglia e della Basilicata, di confermare con atto dirigenziale i territori in cui effettuare la profilassi vaccinale o individuarne di nuovi, modificando l'articolo 1 dell'allegato Piano Regionale per la profilassi del carbonchio ematico degli animali.
- Di dare mandato al dirigente del servizio Veterinario Regionale, con la medesima procedura di cui al punto precedente, ad emanare un provvedimento di sospensione della attività di vaccinazione anticarbonchiosa nei casi in cui si renda necessario.
- Di fare pubblicare la presente deliberazione, in forma integrale, sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

ALLEGATO A**PIANO REGIONALE: Profilassi del carbonchio ematico -
Vaccinazione obbligatoria degli animali recettivi allevati in alcuni Comuni
della Regione Puglia.****Art. 1**

E' resa obbligatoria la vaccinazione anticarbonchiosa per tutti i bovini, gli equini, gli ovini ed i caprini esistenti nei sottoindicati territori:

A.U.S.L. FG/1

Comune di San Severo: (località c.da Brancia);

Comune di Serracapriola: (az. Radatti), (az. Marini), (az. Di Gianvito);

Comune di San Marco in Lamis: (località c.da Tre Cercole, c.da Monte Granato e c.da Difesa San Matteo);

Comune di Vieste: (località c.da Valle Grassa, c.da Servigliano e c.da Piano Piccolo);

Comune di Sannicandro Garganico: (località c.da Difensuola);

Comune di San Giovanni Rotondo: (località c.da Castellere, c.da Monte Calvo e c.da Pontone Longo);

Comune di Carpino: (località C.da Difesa);

A.U.S.L. FG/2

Comune di Monte Sant'Angelo (località Spigno)

A.U.S.L. FG/3

Comune di Bovino (c.da Serra del Vento, c.da Salecchia, c.da Monte Castro, c.da Casale, c.da Radogna, c.da Mura degli archi, c.da cappuccinni, c.da Impisi)

A.U.S.L. BA/5

Comune di Turi (c.da Sammichele 64)

Al medesimo obbligo di vaccinazione sono sottoposti bovini, equini, ovini e caprini esposti al pericolo di contagio a, seguito dell'insorgenza di focolai in Comuni delle provincie di Bari e Foggia diversi da quelli sopra indicati. In tal caso le Aziende sanitarie procedono autonomamente alle determinazioni del caso.

Art. 2

Gli interventi vaccinali avranno inizio dal primo marzo al 30 aprile di ogni anno. Gli animali dovranno essere sottoposti ad un secondo intervento vaccinale entro 14-21 giorni dal precedente.

Art. 3

I bovini, gli equini, gli ovini ed i caprini introdotti nei territori di cui all'articolo 1 che non risultassero sottoposti a trattamento immunizzante anticarbonchioso da meno di sei mesi dovranno essere vaccinati non oltre il decimo giorno dall'arrivo, anche se in periodo diverso da quello previsto all'articolo 2.

Art. 4

Gli animali vaccinati potranno essere trasferiti dai ricoveri ove si trovano dopo un periodo di almeno quindici giorni dal primo intervento vaccinale, al fine di una efficace protezione.

Art. 5

Le operazioni di vaccinazione saranno eseguite dai veterinari ufficiali, competenti per territorio e/o da veterinari libero professionisti appositamente autorizzati dai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL.. Le prestazioni dovute ai veterinari libero professionisti per l'esecuzione degli interventi vaccinali, saranno corrisposte nella misura e con modalità previste dalla normativa di cui al D.M. 08/08/88 n. 476.

Art. 6

Le Aziende UU.SS.LL. interessate dovranno provvedere autonomamente all'acquisto dei relativi presidi immunizzanti.

Art. 7

Dell'avvenuta vaccinazione i veterinari operatori dovranno dare notizia, in duplice copia, al Responsabile Servizio Veterinario dell'Azienda U.S.L., territorialmente competente, mediante gli appositi mod. 12 previsti dal vigente Regolamento di Polizia Veterinaria. Il Responsabile del servizio invierà, entro la prima decade di luglio 2002, al Servizio Veterinario Regionale, i prospetti riepilogativi di ciascuna Azienda U.S.L. unitamente ad una copia del mod. 12 sopracitati.

Art. 8

Le spese conseguenti al presente provvedimento gravano sui bilanci delle unità sanitarie locali interessate, che le imputeranno sulla quota del fondo sanitario - parte corrente (quota indistinta).

Art. 9

I Direttori Generali delle aziende UU.SS.LL., i Veterinari ufficiali, i Sindaci dei Comuni interessati, gli Agenti tutti della Forza Pubblica sono incaricati dell'esecuzione del presente piano.

Art. 10

Con atto dirigenziale del servizio Veterinario Regionale, previa acquisizione del competente parere del Ministero della salute del Centro di Referenza Nazionale per il carbonchio ematico dell'Istituto Zooprofilattico della Puglia e della Basilicata, vengono apportate eventuali modifiche ai territori di cui all'articolo 1, per i casi non previsti dal medesimo articolo.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
19 marzo 2002, n. 277

L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 8. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale. 2° provvedimento.

L'Assessore alla Sanità, Dr. Salvatore Mazzaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 2 Programmazione, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Sanità, riferisce quanto segue:

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2016 del 3/6/1998 sono state definite le linee guida costituenti atto di indirizzo per le Aziende Sanitarie pubbliche e private al fine di definire una uniforme attività comportamentale nonché la regolamentazione degli interventi chirurgici e delle procedure interventistiche diagnostiche e/o terapeutiche da effettuare in regime di assistenza chirurgica a ciclo diurno (Day Surgery) e le prestazioni di carattere diagnostico - terapeutico e/o riabilitativo in regime di assistenza medica a ciclo diurno (Day Hospital).

La Legge Regionale n. 28 del 22/12/2000 ad oggetto "Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2000" all'art. 20 comma 8 dispone che: "A partire dal 10 Gennaio 2001 le prestazioni in day hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98".

Con Determinazione Dirigenziale n. 30 del 23/1/2001 è stata istituita apposita Commissione tecnico-scientifica con il compito di individuare le patologie che possono essere trattate in regime di ricovero diurno nonché di formulare protocolli terapeutici e/o diagnostici e/o riabilitativi relativi alle prestazioni multi professionali e polispecialistiche di D.H. e D.S. da erogare da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche e private e composta da sanitari Ospedalieri e universitari della disciplina oggetto di valutazione.

Inoltre con D.G.R. n. 1392 del 5/10/2001 ad oggetto: "Documento di Indirizzo Economico Funzionale del SSR per il 2001 ed Obiettivi funzionali per la Programmazione triennale, sono state definite ulteriori linee guida per la formulazione dei protocolli diagnostici terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di Day Hospital e sono state fornite indicazioni

alla suddetta Commissione Tecnico Scientifica per una corretta ed appropriata definizione di detti protocolli.

Con deliberazione n. 2104 del 27/12/2001 la Giunta regionale ha approvato le prime risultanze della predetta Commissione in merito ai protocolli diagnostico terapeutici per le prestazioni di Day hospital relativamente alle seguenti patologie:

- 1) Diabete - Mellito
- 2) Malattia Ipertensiva
- 3) Endoscopia digestiva
- 4) Chemioterapia in oncologia
- 5) Oncoematologia

L'atto deliberativo in questione con nota assessorile n. 24/586/2 del 16/1/2002 è stato notificato alle istituzioni interessate.

La Commissione di che trattasi successivamente ha trasmesso allo scrivente Assessorato le risultanze dei propri lavori in merito ai protocolli per la regolamentazione delle prestazioni sanitarie rese in regime di day hospital per le seguenti patologie:

- 1) **Psichiatria:** Protocollo D.H. per i disturbi del comportamento alimentare;
- 2) **Ginecologia ed Ostetricia:** Protocollo del Follow - up oncologico con due accessi, Chemioterapia come da protocollo precedente, I.V.G. come da Legge 194;
- 3) **Reumatologia:** Protocolli D.H. per le Poliartriti, Connettiviti, Vasculite, Patologia del metabolismo calcio- fosforo, Patologie rare con due accessi;
- 4) **Dermatologia:** Protocolli Tumori cutanei, Allergia da farmaci;
- 5) **Endocrinologia:** I protocolli presentati trattati in regime ambulatoriale tranne per il Diabete e l'ipertensione come da protocolli già approvati;
- 6) **Geriatria:** Tutta attività ambulatoriale tranne per il Diabete ed Ipertensione come da protocolli già approvati;
- 7) **Gastroenterologia:** Enteropatie croniche, Turbe della motilità intestinale un ricovero all'anno con due accessi; Epatiti croniche protocollo terapeutico due accessi ogni sei mesi; Paracentesi D.H. terapeutico un accesso semestrale; Pato-

logie nutrizionali un ricovero con due accessi l'anno; Turbe della motilità esofago-gastro-duodenale un ricovero con due accessi l'anno - Lesioni epatiche focali un ricovero con due accessi l'anno.

Tutti gli altri protocolli non citati saranno eseguiti ambulatorialmente. La Commissione decide inoltre che per accedere al DH - DS è necessario munirsi di impegnativa dello specialista ospedaliero o del territorio.

Si ritiene pertanto, ai sensi di quanto disposto dall'art. 20, c. 8, della L.R. 28/2000, sottoporre alla Giunta Regionale le ulteriori conclusive risultanze scientifiche per la loro approvazione.

“ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. N. 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI”

Il presente schema di provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata e di spesa né a carico del Bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio regionale.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni.

Il Dirigente Responsabile d'Ufficio
Dr. Di Cillo Giuseppe

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

LA GIUNTA

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

- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente di Settore;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di prendere atto delle risultanze conclusive della Commissione Tecnico Scientifica in merito alla individuazione delle patologie ed alla predisposizione dei relativi protocolli diagnostico terapeutici per le prestazioni rese in regime di day hospital di cui alla narrativa del presente provvedimento che qui si intendono integralmente riportati;
- di approvarne i contenuti e, per l'effetto, stabilire che le prestazioni di Day hospital delle patologie in narrativa indicate, erogate dalle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditato, devono essere rese nel rispetto dei protocolli allegati (sub A1), A2), A3), A4) e AS) al presente provvedimento a farne parte integrante, secondo la regolamentazione dettata con D.G.R. n. 2016/98;
- di richiamare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e delle strutture private provvisoriamente accreditato alla puntuale osservanza di quanto disposto dalla deliberazione di Giunta Regionale 5/10/2001 n. 1392 in tema di Mefinizione dei protocolli per le prestazioni rese in regime di Day Hospital”;
- di dare mandato al Dirigente del Settore Sanità affinché provveda all'invio del presente atto alle strutture sanitarie pubbliche e privato provvisoriamente accreditato con invito alla puntuale osservanza di quanto in essi definito;
- disporre la pubblicazione della presente deliberazione nonché della precedente deliberazione n. 2104 del 27/12/2001 nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Il Segretario della Giunta
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

REGIONE PUGLIA
Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali

IL PRESENTE PROVVEDIMENTO E' COMPOSTO DAI SEGUENTI ALLEGATI:

A1) D.H. per i disturbi del comportamento alimentare n. 4 FOGLI;

A2) Follow up Oncologico in D.H. n. 1 FOGLIO;

A3) D.H. Diagnostico reumatologico n. 5 FOGLI;

A4) Day Surgery Dermatologico n. 2 FOGLI;

A5) D.H. Gastroenterologico per enteropatie croniche e turbe della motilità intestinale n. 6 FOGLI;

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI N. 19 FOGLI INCLUSO IL PRESENTE.

Il Dirigente di Settore
Dr. Carlo Di Cillo

DAY HOSPITAL PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il Day-Hospital per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si pone l'obiettivo di rispondere ai bisogni di quegli individui che soffrono di serie forme di anoressia nervosa, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata.

Come la pillola estroprogestinica ha sganciato la sessualità dalla procreazione, così, nelle società del benessere, l'ampia disposizione di cibo ha scisso la sua funzione di nutrimento da quella edonistica. Pertanto nella bulimia e nel disturbo da alimentazione incontrollata si instaura una *dipendenza dalle abbuffate compulsive* con *meccanismi identici a quelli, per es. dell'alcool-dipendenza*, i trattamenti si configurano come simili a quelli di quest'ultima e della dipendenza da sostanze o farmaci. Per questo il D-H dei DCA si caratterizza per la **centralità attribuita ai pasti assistiti** dove si ricompono quella scissione.

Inoltre, come per l'alcoolismo, il DH si contraddistingue per l'**interdisciplinarietà** dei trattamenti e per la natura di **D-H terapeutico**.

Infatti, i disturbi del comportamento alimentare sono accompagnati da una serie di complicanze organiche spesso a rischio di vita. Inoltre l'anoressia nervosa, che spesso diviene cronica, può richiedere una varietà di trattamenti a seconda degli stadi della malattia- così pure, la bulimia nervosa che spesso presenta cronicizzazione ed una frequenza di recidive fra il 30% ed il 40%.

Inoltre i DCA sono accompagnati da una serie di complicanze organiche spesso a rischio di vita.

Per questo il loro trattamento implica il ricorso, oltre che allo psichiatra, psicologo e psicoterapeuta, anche all'endocrinologo, ginecologo, gastroenterologo e cardiologo.

Il D-H inoltre, nell'ambito della Clinica Psichiatrica del Policlinico di Bari, svolge un ruolo formativo professionale favorendo, durante il corso, di specializzazione, l'acquisizione di conoscenze specifiche nel campo dei disturbi del comportamento alimentare, di concerto con l'Università che ha istituito un corso di perfezionamento post-laurea in tale disciplina.

Interventi terapeutici:

Specifici trattamenti sono la riabilitazione nutrizionale, interventi psicoterapeutici, psicosociali e farmacologici. Tutti sono usati per correggere la malnutrizione, il disturbo mentale, gli atteggiamenti distorti ed i deficit psicosociali e comportamentali.

Protocolli Diagnostici e Terapeutici

Tre fasi integrate e sequenziali:

I Fase: ASSESSMENT E MOTIVAZIONALE

(IN 3 GIORNATE) costituite da:

- **Consulenza familiare**, che viene effettuata per valutare le risorse del sistema e studiare le interazioni disfunzionali che mantengono il sintomo;
- **Visita psichiatrica**, in cui viene effettuata una diagnosi basata sui criteri del DSM IV.
- **Accertamenti medici**, mediante una visita medica e la richiesta di esami ematochimici e strumentali per valutare la situazione organica dei pazienti e le eventuali complicanze fisiche secondarie al Disturbo Alimentare:

esami ematochimici (emocromo con formula, glicemia, uricemia, creatininemia, trigliceridi, colesterolo totale, elettroforesi siero-protelca, GOT, GPT, YGT, fosfatasi alcalina, sideremia, Na, K, Ca, Cl. esame delle urine

dosaggi ormonali (T3, T4, TSH, ft3, ft4, Somatomedina C, FSH, LH, 17 Beta estradiolo) ECG

Ecografia pelvica

Eventuali consulenze internistiche.

- **Esami psicodiagnostici**, tramite scale di valutazione individuali e relazionali:

BDI (Beck Depression Inventory; Beck et altri, 1987)

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Hathaway e McKinley, 1940);

Y-BOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale);

OLSON (Famiglia attuale, Famiglia ideale);

BSQ (Body Shape Questionnaire);

BSI (Borderline Sindrome Index);

BEQ (Binge Eating Questionnaire).

II FASE: DAY HOSPITAL INTENSIVO (Durata 8 settimane: frequenza a giorni alterni)

Impostazioni di un programma di intervento terapeutico personalizzato, che tiene conto:

- delle caratteristiche cliniche della malattia;
- dell'età;
- della gravità della patologia alimentare;
- della cronicità;
- delle caratteristiche di personalità;

- della compresenza di altri disturbi psichiatrici;
- delle caratteristiche del nucleo familiare e della disponibilità-partecipazione al trattamento dei singoli membri.

I trattamenti offerti sono:

- **Intervento farmacologico;**
- **Psicoterapia della famiglia;**
- **Psicoterapia individuale;**
- **Psicoterapia di gruppo sulle relazioni interpersonali;**
- **Terapia psicoeducazionale-terapia attraverso l'arte (arti figurative, laboratorio teatrale);**
- **Psicomotricità;**
- **Pasti guidati;**
- **Incontri di gruppo con i genitori.**

Essi fanno parte di un programma di trattamento in regime di Day Hospital, che ne prevede la frequenza a giorni alterni per 8 settimane (Day Hospital Intensivo), e, successivamente, quindicinale per 3-6 mesi (Day Hospital di Transizione).

Il programma intensivo, della durata di 8 settimane, che i pazienti effettuano c/o il nostro Day Hospital, è strutturato nel modo seguente:

1° giorno	2° giorno	3° giorno
colloquio individuale	arteterapia	colloquio individuale
riunione équipe-gruppo	gruppo interpersonale	psicoeducazione alimentare
psicoeducazione alim.	-----	-----
Pasti guidati	pasti guidati	pasti guidati
	Psicomotricità	gruppo programmazione del fine settimana
		psicomotricità

Il trattamento, effettuato in gruppo, prevede la frequenza del Day Hospital a giorni alterni, dalle ore 9.00 alle ore 16.00, per la durata di 8 settimane.

III FASE: PROGRAMMA DI TRANSIZIONE:

della durata di 3-6 mesi, con frequenza quindicinale, è strutturato nel modo seguente:

colloqui individuali

psicomotricità

gruppo interpersonale

psicoeducazione alimentare

pasti guidati

Allegato A/2

PROTOCOLLO DEL FOLLOW-UP ONCOLOGICO IN DAY HOSPITAL

- 1) VISITA GINECOLOGICA
- 2) ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
- 3) COLPOCITOLOGIA
- 4) BATTERIOLOGIA VAGINALE
- 5) ESAMI EMATOCHIMICI: azot., glic., trans., bil., colest., triglic., emocr., NA.K., ferro, es. urine, Cea, Cal25, Ca 19-9, alfa F.P.
- 6) MARKERS TUMORALI
- 7) MAMMOGRAFIA O VALUTAZIONE CARDIOLOGICA
- 8) COLPOSCOPIA

Allegato A3)

PROPOSTA DI PROTOCOLLO DI DAY HOSPITAL DIAGNOSTICO REUMATOLOGICO

DH: Le Poliartriti

Routine preliminare

(saranno eseguiti su indicazione della struttura competente al momento dell'avvio del DH da parte dell'utente prima di presentarsi agli accessi del DH)

VES, PCR dosata, elettroforesi,
fibrinogeno, emocromo, glicemia, creatininemia,
transaminasi, gammaGT, fosfatasi alcalina, CPK, LDH
es. Urine. Marker epatite,

Dall'elenco degli esami di cui sopra saranno esclusi quelli che risultino già in possesso del paziente, purchè di data recente

A. Diagnostica da eseguire nel corso dei due accessi:

Visita reumatologica

Test di Waaler, Immunoglobuline e complemento, ANA,
Crioglobuline, PT, PTT
Eco addome
Ecografia delle articolazioni interessate,
Radiografia del torace
Radiografia delle articolazioni interessate
Ecografia della salivari maggiori,
Consulenza oftalmologica o di altra specialità,
Capillaroscopia,
Densitometria ossea,
Eco tiroidea
Sinovianalisi
Ecc, e visita cardiologica

B. Diagnostica integrativa o di approfondimento da eseguirsi in regime ambulatoriale:

Scintigrafia ossea total body
o trifasica
TAC articolare
Scialoscintigrafia
Test di Schirmer
Determinazione antigeni di classe I e II
Anticorpi anti-ag citrullinati
Tipizzazione HLA

2. DH: Le Connettiviti

Routine preliminare

(saranno seguiti su indicazione della struttura competente al momento dell'avvio del DH da parte dell'utente prima di presentarsi agli accessi del DH)

VES, PCR dosata, elettroforesi,
fibrinogeno, emocromo, glicemia, creatininemia,
transaminasi, gammaGT, fosfatasi alcalina, CPK, LDH
es.Urine. Marker epatite, ANA

Dall'elenco degli esami di cui sopra saranno esclusi quelli che risultino già in possesso del paziente, purchè di data recente.

A. Diagnostica da eseguire nel corso dei due accessi:

Visita reumatologica

ANA con titolo e pattern
antiDNA, antiENA completo con titolo e pattern,
Immunoglobuline e complemento, antifosfolipidi, Anticardiolipina
antitireoglobulina, antITPO
Eco addome
Rx torace
eco tiroidea,
ecocardiogramma,
capillaroscopia,
eco salivari maggiori,
test di Schirmer,
FT3, FT4, TSH,
densitometria
ecografia di aree tendinee e articolari
es. liquido sinoviale Spirometria

B. Diagnostica integrativa o di approfondimento da eseguirsi in regime ambulatoriale

Scintigrafia esofacca
Consulenza nefrologica
Consulenza gastroenterologica
Consulenza pneumologica
Blopsia muscolare
DLCO
Scintigrafia perfusiva polmonare
HRTC

3. DH: Le Vasculiti

Routine preliminare

(saranno eseguiti su indicazione della struttura competente al momento dell'avvio del DH da parte dell'utente prima di presentarsi agli accessi del DH)

VES, PCR dosata, elettroforesi,
fibrinogeno, emocromo, glicemia, creatininemia,
transaminasi, gammaGT, fosfatasi alealina, CPK, LDH
es. Urine. Marker epatite,

Dall'elenco degli esami di cui sopra saranno esclusi quelli che risultino già in possesso del paziente, purchè di data recente.

A. Diagnostica da eseguire nel corso dei due accessi:

Visita reumatologica

ANA, antiENA completi,
p-ANCA e c-ANCA, anticorpi antifosfolipidi e anticardiolipina LAC,
PT, PTT, immunocomplessi circolanti, immunoglobuline e complemento
capillaroscopia,
ecopowerdoppler
Rx torace
Spirometria
Eco renale
Eco addome
Densitometria
Elettromiografia
ecocardiogramma
esame del fundus
Consulenza neurologica

B. Diagnostica integrativa o di approfondimento da eseguirsi in regime ambulatoriale

Biopsia Vascolare se identificabile
Biopsia cutanea
Angiografia
DLCO
Scintigrafia perfusiva polmonare
TAC polmonare alta definizione
angioRNM

4. DH: Le Patologie rare

Routine preliminare

(saranno eseguiti su indicazione della struttura competente al momento dell'avvio del DH da parte dell'utente prima di presentarsi agli accessi del DH)

VES, PCR dosata, elettroforesi,
fibrinogeno, emocromo, glicemia, creatininemia,
transaminasi, gammaGT, fosfatasi alcalina, CPK, LDH
es. Urine. Marker epatite,

Dall'elenco degli esami di citi sopra saranno esclusi quelli che risultino già in possesso del paziente, purchè di data recente.

A. Diagnostica da eseguire nel corso dei due accessi:

Visita reumatologica

Immunocomplessi, ANA, p-ANCA, c-ANCA,
antiENA completi etc, angiografia, elettromiografia, biopsia muscolare
Eco addome,
eco tiroidea,
Rx torace
capillaroscopia,
ecocardiogramma e visita cardiologia
ecopowerdoppler,
densitometria Test di Schirmer
consulenze interdisciplinari del caso
(gastroenterologica, neurologica, oftalmologia)

B. Diagnostica integrativa o di approfondimento da eseguirsi in regime ambulatoriale

Biopsia cutanea muscolare o altro
TAC di organo o struttura
Elettromiografia e Studio VCN
Tipizzazione HLA
Scintigrafia polmonare
Esami specifici di patologia

5. DH: La patologia del metabolismo calcio-fosforo

Routine preliminare

(Saranno eseguiti su indicazione della struttura competente al momento dell'avvio del DH da parte dell'utente prima di presentarsi agli accessi del DH)

VES, PCR dosata, elettroforesi,
fibrinogeno, emocromo, glicemia, creatininemia,
transaminasi, gammaGT, fosfatasi alcalina, CPK, LDH
es. Urine. Marker epatite,

Dall'elenco degli esami di cui sopra saranno esclusi quelli che risultino già in possesso del paziente, purchè di data recente.

A. Diagnostica da eseguire nel corso dei due accessi:

Visita reumatologica

Calciuria, fosfaturia,
Calcemia, fosfatemia cloremia,
isoenzima osseo fosfatasi alcalina
PTH intatto
T3, T4, TSH,
Densitometria con DEXA o ecografia,
ecografia della tiroide con
eventuale agobiopsia tiroidea,
ecografia delle paratiroidi
eco addome
consulenza gastroenterologica,
rx segmento osseo se interessato

B. Diagnostica integrativa di approfondimento da eseguirsi in regime ambulatoriale

scintigrafia delle paratiroidi
scintigrafia ossea whole body
RNM paratiroidi
Eventuale Biopsia intestinale
Dosaggio della osteocalcina o calcitonina
Dosaggio dei metaboliti della vit. D

Allegato A4)

DAY SURGERY

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Trattamento chirurgico di nevi e neoplasie della cute (epiteliali, connettivali e melanocitarie) benigne o maligne aventi almeno una delle seguenti caratteristiche:

A) relativamente alle caratteristiche della lesione:

- dimensioni superiori al due centimetri
- sede tale da rendere particolarmente indaginoso l'intervento
- sede di particolare rilievo estetico
- lesioni multiple

B) relativamente alle condizioni del paziente:

- soggetti in età pediatrica o geriatrica
- soggetti neurolabili
- soggetti in trattamento con farmaci che possono interferire con l'andamento dell'intervento
- soggetti con anamnesi positiva per allergia da farmaci
- presenza di patologie internistiche a rischio relativo

Protocollo di Day Hospital diagnostico per allergia da farmaci (V14.9)

Esami diagnostici specifici

- **Ig E totali RAST (farmaci)**

- **Test di provocazione orale a farmaci:** tale test viene eseguito somministrando 1/10 della dose del farmaco in esame e provvedendo a una osservazione continuativa del paziente per le successive 6 ore. Si somministra un farmaco al giorno per cui è necessario un numero di giornate di ricovero in day hospital pari al numero di farmaci da testificare (in genere da 1 a 5).

Il test di provocazione orale viene effettuato con paziente in infusione continua con soluzione fisiologica, al fine di garantire un immediato intervento terapeutico in caso di reazione anafilattica.

Allegato A5)

Protocollo Diagnostico per Day Hospital Gastroenterologico per
- enteropatie croniche
- turbe della motilità intestinale

➤ **Visita specialistica**

➤ **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**

- ◇ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica

➤ **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

- ◇ Esame emocromocitometrico - Biochimica clinica
- ◇ Markers tumorali su indicazione clinica (CEA - α -fetoproteina - CA 19-9 - GICA - PSA -)
- ◇ Autoanticorpi (antimitocondrio, antimuscolo liscio, antinucleo, antitiroidei)

➤ **Esami diagnostici per immagini**

- ◇ Ecografia Addome

➤ **Esami endoscopici**

- ◇ PanColonScopia (con biopsia)
- ◇ EsofagoGastroDuodenoScopia (con biopsia)

➤ **Esami elettrofisiologici e/o funzionali**

- ◇ ElettroCardioGrama
- ◇ Manometria Ano-Rettale

Al riguardo occorre precisare che, per la procedure endoscopiche e funzionali va prevista una fase preparatoria per l'anestesia e una fase di Osservazione Post-esame della durata minima di 2 ore.

Le procedure richiedono l'opera contemporanea di almeno un Medico e un Infermiere Professionale per l'assistenza alle stesse.

Protocollo Terapeutico per Day Hospital Internistico per - *epatiti croniche*

➤ **Visita specialistica**

➤ **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**

- ◆ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica

➤ **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

- ◆ Esame emocromocitometrico – Biochimica clinica
- ◆ Markers tumorali su indicazione clinica (CEA - α -fetoproteina – CA 19-9 – GICA – PSA -)
- ◆ Markers virali (HIV, HCV, HBV,)

➤ **Esami elettrofisiologici e/o funzionali**

- ◆ ElettroCardioGramma

➤ **Esami diagnostici per immagini**

- ◆ Ecografia Addome

➤ **Esami endoscopici**

- ◆ EsofagoGastroDuodenoScopia

E' esclusa dalle Prestazioni in Day Hospital la Biopsia Epatica, per l'Osservazione continuativa Post-esame, decisamente superiore alla durata dell' accesso in Day Hospital.

➤ **Trattamento Terapeutico**

- ◆ Interferone
- ◆ Infusione di Albumina

Si tratta, per ciascuna tipologia di trattamento, di procedure e somministrazioni/infusioni terapeutiche, di durata superiore all' abituale durata delle prestazioni ambulatoriali, da effettuarsi sotto sorveglianza professionale tipica dell' ambiente ospedaliero.

Protocollo Terapeutico per Day Hospital Gastroenterologico per - *epatopatie evolutive / cirrosi*

- **Visita specialistica**
- **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**
 - ◆ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica
- **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

- ◆ Esame emocromocitometrico – Biochimica clinica
- ◆ Markers tumorali su indicazione clinica (CEA - α -fetoproteina – CA 19-9 – GICA – PSA -)
- ◆ Markers virali (HIV, HCV, HBV,)

- **Esami elettrofisiologici e/o funzionali**

- ◆ ElettroCardioGramma

- **Esami diagnostici per immagini**

- ◆ Ecografia Addome

- **Esami endoscopici**

- ◆ EsofagoGastroDuodenoScopia (con biopsia)

E' esclusa dalle Prestazioni in Day Hospital la Biopsia Epatica, per l'Osservazione continuativa Post-esame, decisamente superiore alla durata dell' accesso in Day Hospital.

- **Trattamento Terapeutico**

- ◆ Paracentesi evacuativa
- ◆ Infusione di albumina

Si tratta, per ciascuna tipologia di trattamento, di procedure e somministrazioni/infusioni terapeutiche, di durata superiore all' abituale durata delle prestazioni ambulatoriali, da effettuarsi sotto sorveglianza professionale tipica dell' ambiente ospedaliero.

Protocollo Terapeutico per Day Hospital Gastroenterologico **- lesioni epatiche focali**

➤ **Visita specialistica**

➤ **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**

- ◇ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica

➤ **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

- ◇ Esame emocromocitometrico – Biochimica clinica
- ◇ Markers tumorali su indicazione clinica (CEA - α -fetoproteina - CA 19-9 - GICA - PSA -)
- ◇ Markers virali (HIV, HCV, HBV,)

➤ **Esami elettrofisiologici e/o funzionali**

- ◇ ElettroCardioGramma

➤ **Esami diagnostici per immagini**

- ◇ Ecografia Addome
- ◇ TAC Addome

➤ **Esami endoscopici**

- ◇ EsofagoGastroDuodenoScopia (con biopsia)

E' esclusa dalle Prestazioni in Day Hospital la Biopsia Epatica, per l'Osservazione continuativa Post-esame, decisamente superiore alla durata dell'accesso in Day Hospital.

➤ **Trattamento Terapeutico**

- ◇ Ablazione percutanea eco-guidata con l'uso di Etanolo (PEI) delle Lesioni Focali Epatiche

Si tratta di procedura di durata superiore al tempo abituale delle prestazioni ambulatoriali, da effettuarsi sotto sorveglianza professionale tipica dell'ambiente ospedaliero, con il contributo di più Operatori.

Protocollo Diagnostico per Day Hospital Gastroenterologico per - *patologie da malassorbimento intestinale*

- **Visita specialistica**
- **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**
 - ✧ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica
- **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

 - ✧ Esame emocromocitometrico – Biochimica clinica
- **Esami diagnostici per immagini**
 - ✧ Ecografia Addome
- **Esami endoscopici**
 - ✧ EsofagoGastroDuodenoScopia (con biopsie digiunali)
- **Esami funzionali**
 - ✧ Sondaggio gastrico (e/o titolazione del secreto)
 - ✧ Breath-Test al Lattosio – Lattulosio - Glucosio

Al riguardo occorre precisare che, per la procedure endoscopiche e funzionali va prevista una fase preparatoria e una fase di Osservazione Post-esame della durata minima di 2 ore.

Le procedure richiedono l' opera contemporanea di almeno un Medico e un Infermiere Professionale per l' assistenza alle stesse.

Protocollo Diagnostico per Day Hospital Gastroenterologico per - *turbe della motilità esofago-gastro-duodenale*

- **Visita specialistica**
- **Consulenze specialistiche pluridisciplinari**
 - ✧ altre Visite Specialistiche su indicazione clinica
- **Controlli emato-chimici**

Prelievo venoso per determinazione di

 - ✧ Esame emocromocitometrico – Biochimica clinica
- **Esami diagnostici per immagini**
 - ✧ Ecografia Addome
- **Esami endoscopici**
 - ✧ EsofagoGastroDuodenoScopia (con biopsia)
- **Esami funzionali**
 - ✧ Manometria Esofagea
 - ✧ pH-metria

Al riguardo occorre precisare che, per la procedure endoscopiche e funzionali va prevista una fase preparatoria e una fase di Osservazione Post-esame della durata minima di 2 ore.

Le procedure richiedono l'opera contemporanea di almeno un Medico e un Infermiere Professionale per l'assistenza alle stesse.