2014.02.1
1 11:03:40
+01'00'

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA

ANNO XLV | BARI, 11 FEBBRAIO 2014 | **n. 18**

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

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

Nella parte I sono pubblicati:

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

Nella parte II sono pubblicati:

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

SOMMARIO

"Avviso per i redattori e per gli Enti:

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

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2564
Concessione mineraria di acque termali, denominata "Santa Cesarea" (Fonte Palazzo) in territorio del Comune di Santa Cesarea Terme (Le). Indicazioni operative per la procedura ad evidenza pubblica.
Pag. 5077

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2565
D.Lgs.vo 118 /2011 art. 20 - Adempimenti conseguenti. Variazione al bilancio di previsione per l'e.f. 2013. Art. 42 L.R. 28 / 2001 e s.m.i.
Pag. 5079

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2567
Accordo Stato-Regioni in materia sanitaria. Anno 2013. Recepimento.
Pag. 5083

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2568
Integrazione D.G.R. n.1714/2011 "Accordo tra Regione Puglia e Federfarma Puglia per la erogazione di ausili per diabetici a prezzo concordato, attraverso la rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private" e D.G.R n. 20/2009 "Rimodulazione DD.GG.RR. n. 362/05 e 1027/06 adozione definitiva note AIFA anni 2006,2007 e 2008".
Pag. 5111

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2569
Proroga DGR n. 1410/2013 - Accordo Regionale - FEDERFARMA sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art. 8 lett. a) della Legge 405/2001.
Pag. 5112

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2574
Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR 1588/2012.Comune di Veglie.
Pag. 5113

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2575
Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR 1588/2012. Comune Castrì di Lecce.
Pag. 5114

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2576
Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR. 1588/2012. Comune di Ceglie Messapica.
Pag. 5116

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2577
Finanziamento Ministero della Salute per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284 - ANNO 2011 - Iscrizione a bilancio.
Pag. 5117

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2578
Legge n. 91/1999, art. 10 - Art. 2-ter, comma 3, del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 convertito in legge dall'art. 1 della legge 26 maggio 2004, n. 138 - Finanziamenti Ministeriali anno 2012- Iscrizione al bilancio.
Pag. 5118

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2579
Legge 2 febbraio 2006, n. 31 "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto", artt. 2 e 3 - Finanziamenti Ministeriali - Anno 2013 - Iscrizione al bilancio.
Pag. 5119

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2580
Revoca D.G.R. nn. 1111 del 19.05.2011 e n. 1228 del 31.05.2011. Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di ASMA e BPCO (PDT).
Pag. 5121

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2581
Variazione al Bilancio di previsione 2013 ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012 - Iscrizione somma di € 240.000,00 relativa al Protocollo di Intesa "Vita indipendente ed inclusione nella società" tra Regione Puglia e Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.
Pag. 5192

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2582
Documento di indirizzo economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Ripartizione provvisoria anno 2013.
Pag. 5203

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2564

Concessione mineraria di acque termali, denominata "Santa Cesarea" (Fonte Palazzo) in territorio del Comune di Santa Cesarea Terme (Le). Indicazioni operative per la procedura ad evidenza pubblica.

L'Assessore allo Sviluppo Economico, avv. Loredana Capone, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Controllo e Gestione del PRAE, confermata dal Dirigente di Servizio riferisce:

con DPGR n. 605 del 30.7.1991, veniva rilasciata Concessione mineraria di acque termali denominata "Santa Cesarea" (Fonte Palazzo), nel Comune di Santa Cesarea Terme (LE), con un'estensione di Ha 100,00, fino al 30.7.2011, alla società "le Terme di Santa Cesarea s.p.a." (di seguito la società).

In data 29.7.2010, la società presentava istanza, prot. N. 7027 del 19.8.2010, volta ad ottenere la proroga per ulteriori 20 anni della concessione medesima.

In data 19 luglio 2011, viste le risultanze dell'istruttoria di rito svolta dal Servizio Attività Estrattive, veniva accordato (con determina n. 64/2011) il rinnovo della concessione mineraria di acque termali alla società "Le Terme di Santa Cesarea s.p.a." per ulteriori 20 anni a decorrere dalla data di scadenza del 30 luglio 2011.

Contro la suddetta determinazione dirigenziale, il Comune di Santa Cesarea Terme proponeva ricorso dinanzi al TAR per la Puglia che, con sentenza n. 721/2012, accoglieva il ricorso e annullava il provvedimento di rinnovo impugnato.

Avverso la pronuncia del TAR, la società Terme di Santa Cesarea spa e la Regione Puglia proponevano appello dinnanzi al Consiglio di Stato che, con sentenza n. 873 del 13/2/2013, respingeva i ricorsi, avallando l'interpretazione data dal primo Giudice all'art. 30 della Legge Regionale, nel senso che la norma configurava una proroga automatica del titolo senza prevedere una procedura competitiva, e dunque, da questo presupposto scaturiva la doverosità della disapplicazione della norma regionale per contrasto con i principi comunitari pro concorrenziali. Il Consiglio di Stato evidenziava, altresì, che l'obbligo di dare corpo a procedure di evidenza pubblica deriva dai principi del Trattato dell'Unione Europea, che sono direttamente applicabili a prescindere dalla ricorrenza di specifiche norme comunitarie o interne e, anche, ove sussistano disposizioni interne di segno opposto (nel caso di specie la Legge Regionale).

In data 2 agosto 2013, preso atto che la concessione in oggetto è scaduta e che è impossibile procedere al rinnovo della stessa, al fine di adeguarsi al dettato della sentenza del Consiglio di Stato n. 873/2013 e procedere all'espletamento, in tempi brevi, della gara ad evidenza pubblica, la Giunta ha approvato la delibera n. 1515/2013, deliberando in particolare:

1. la proroga della concessione per il tempo necessario ad istruire e perfezionare l'iter procedurale funzionale agli adempimenti in ottemperanza alla sentenza medesima;
2. la costituzione, ai fini del necessario percorso istruttorio, di un Gruppo di lavoro interassessorile per lo studio e la definizione delle problematiche emerse a seguito della sentenza del Consiglio di Stato, composto dal Dirigente del Servizio Attività Economiche e Consumatori, dal Dirigente del Servizio Controlli, dal Dirigente del Servizio Appalti nonché dal Dirigente dell'Avvocatura Regionale, o loro delegati, per:
   a. lo studio e la definizione delle problematiche emerse a seguito della Sentenza del Consiglio di Stato;
   b. la rivisitazione della Legge Regionale n. 44/75;
   c. lo studio di apposita procedura ad evidenza pubblica, che considerata anche la specificità della fattispecie (concessione di beni pubblici), necessita di specifici approfondimenti con riferimento alle conseguenti diverse implicazioni di natura tecnico/giuridica, considerando anche che l'attività di sfruttamento delle acque termali ed i conseguenti servizi erogati presentano aspetti peculiari che attengono anche ai livelli essenziali di assi-

stenza e quindi alle prestazioni di carattere sanitario;

d. la predisposizione di proposta di deliberazione da sottoporre alla Giunta Regionale per l'approvazione delle azioni da intraprendere, compreso l'affidamento delle funzioni inerenti la gestione della gara;
e. di stabilire quale ultimo termine per il perfezionamento dell'iter istruttorio quello di 24 mesi alla data di costituzione del gruppo medesimo.

La Delibera n. 1515/2013 è stata notificata agli interessati in data 26 settembre 2013.

Il Gruppo di lavoro, costituito con DGR n. 1515/2013, ha dato inizio ai lavori in data 15 ottobre 2013 e, in particolare, sono state avviate le procedure atte alla predisposizione della documentazione necessaria per l'indizione della gara per l'affidamento della concessione in questione.

Nel corso degli incontri del suddetto Gruppo di lavoro si è preso atto che, ai sensi dell'art. 31 della Legge Regionale 44/75, a far data dal 30 luglio 2011, ovvero dalla scadenza dell'originaria concessione di sfruttamento di acqua termale, la società "Terme di Santa Cesarea s.p.a" doveva fare consegna del bene oggetto della concessione e delle relative pertinenze all'Amministrazione Regionale, e che dunque la società stessa sta utilizzando detti beni in via transitoria e per il tempo strettamente necessario all'espletamento della gara, in virtù di quanto disposto dalla DGR n. 1515/2013.

Il Gruppo di Lavoro ha, altresì, verificato che agli atti non sono disponibili tutti gli elementi propedeutici e necessari per porre a gara la concessione (a mero titolo esemplificativo: non vi è una procedura specifica, prevista da una legge o da un regolamento regionale in materia, da seguire per mettere a bando la concessione in oggetto, individuazione delle pertinenze necessarie allo sfruttamento di acque termali, portata del giacimento e quantitativi correnti e potenziali di utilizzo, verifica degli interessi pubblici da tutelare e conseguenti livelli di servizio da assicurare, individuazione del criterio di selezione delle offerte, prezzo da porre a base della procedura di evidenza pubblica, altri elementi utili ad ampliare la possibilità di partecipazione da parte di potenziali concorrenti), conseguentemente ha invitato il Servizio competente a provvedere in merito.

Per quanto sopra, con nota prot. n.19635/2013, si è proceduto ad inoltrare formale richiesta d'informazioni alla società Terme di Santa Cesarea spa, nonché a convocare gli Enti e le Amministrazioni competenti per un sopralluogo congiunto e per l'effettuazione di una prova di portata del giacimento in questione.

Il Gruppo di lavoro, altresì, relativamente ad una delle criticità emerse durante gli incontri avvenuti e su menzionate, ovvero la lacuna normativa creatasi a seguito della sentenza del Consiglio di Stato n. 873/2013, in materia di affidamento di concessioni di sfruttamento di acqua termale, propone di fare riferimento, oltre ai noti principi generali previsti dal D.Lgs. n. 163 del 12 aprile 2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE", altresì, in via analogica, alle procedure previste dal Regolamento Regionale n. 23/2011 "Regolamento per l'uso dei beni immobili regionali".

Si da atto che nelle more della predisposizione dei citati atti, il Comune di Santa Cesarea Terme ha, tuttavia, in data 8 novembre 2013, proposto innanzi al TAR Puglia ricorso per ottemperanza, ai sensi degli artt. 112 e ss CPA, della sentenza TAR Lecce n. 721/2012 confermata dal Consiglio di Stato con sentenza n. 873/2013, chiedendo di sospendere e quindi dichiarare la nullità della delibera n. 1515/2013 con cui la Regione Puglia ha temporaneamente prorogato la concessione per le acque termali alla società Terme di Santa Cesarea. Il Comune avrebbe lamentato, nello specifico, che la Regione mediante la delibera appellata avrebbe disposto un rinvio sine die dell'espletamento della gara, così prorogando in modo illegittimo la riassegnazione del bene pubblico alla società Terme di Santa Cesarea.

Detto ricorso, tuttavia, trascura di considerare la complessità connessa alla identificazione degli elementi essenziali necessari per la definizione della procedura di evidenza pubblica. Giova, altresì, evidenziare che la procedura da porre in essere non ha alcun precedente specifico nella prassi amministrativa che riguarda le concessioni di che trattasi.

Tanto premesso, in conformità a quanto previsto al punto 4 del dispositivo della citata DGR n. 1515/2013, ed al fine di rendere trasparente l'operato e gli intenti della Regione, si ritiene utile speci-

ficare le istruzioni operative per l'avvio della procedura ad evidenza pubblica per l'affidamento della concessione in questione, nel senso che la stessa deve essere indetta entro un termine non superiore a sessanta giorni dalla data di adozione del presente atto, e portata a conclusione entro il termine di novanta giorni dalla data di insediamento del seggio di gara, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15, co. 1 lett. e), della legge regionale n. 15/2008.

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

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

LA GIUNTA

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

VISTA la sottoscrizione apposta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente dell'Ufficio e del Dirigente del Servizio, competenti per materia;

A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di approvare la relazione dell'Assessore allo Sviluppo Economico e di fare proprie le proposte riportate in premessa e che qui si intendono integralmente riportate;

2. di dare atto che il Gruppo di Lavoro risulta costituito in data 2 agosto 2013, ovvero data di adozione della DGR n. 1515/2013;

3. di dare atto che il Gruppo ha dato inizio ai lavori in data 15 ottobre 2013 ed, in particolare, è stata avviata la predisposizione della documentazione necessaria per l'indizione della procedura di gara;

4. di stabilire, viste le ragioni di necessità ed urgenza, che la procedura ad evidenza pubblica per l'affidamento della concessione in questione deve essere indetta entro un termine non superiore a sessanta giorni dalla data di adozione del presente atto, e portata a conclusione entro il termine di novanta giorni dalla data di insediamento del seggio di gara, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15, co. 1 lett. e), della legge regionale n. 15/2008;

5. che, in conformità ai principi di derivazione comunitaria, l'istruzione e l'aggiudicazione della procedura di evidenza pubblica di che trattasi dovrà essere effettuata applicando criteri obiettivi che garantiscano il rispetto dei principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, pubblicità e proporzionalità;

6. che, in assenza di uno specifico regolamento in materia di affidamento di concessioni di sfruttamento di acque termali, possa farsi riferimento, in via analogica e per quanto compatibili, ai principi e alle procedure di cui al Regolamento Regionale n. 23/2011 "Regolamento per l'uso dei beni immobili regionali";

7. che il presente provvedimento è esecutivo;

8. di pubblicare la presente deliberazione sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2565

D.Lgs.vo 118 /2011 art. 20 - Adempimenti conseguenti.Variazione al bilancio di previsione per l'e.f. 2013. Art. 42 L.R. 28 / 2001 e s.m.i.

L'Assessore al Welfare sulla base dell'istruttoria predisposta dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie confermata dai Dirigenti dei Servizi GFS - PAOS e ATP riferisce quanto segue:

L'art. 20 del D. Lgs.vo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" prevede che le Regioni garantiscano una esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale al fine di consentire l'immediata confrontabilità delle entrate e delle spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale;

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

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

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

Per le motivazioni innanzi riportate, si propone:

- di ottemperare al dettato normativo del sopra citato art. 20 del D.Lgs.vo 118/2011 proponendo l'iscrizione delle risorse vincolate sulla base delle delibere CIPE e delle Intese già acquisite, come da tabella relativa allo stanziamento 2013, aggiornata per tenere conto del riparto delle risorse vincolate per la veterinaria e del nuovo riparto per gli OPG, D.L. 25 marzo 2013, n. 24,convertito in legge, con modificazioni, 23 maggio 2013, n. 57, giusta comunicazione del 29.10. 2013 del Ministero della Salute - Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN - Direzione generale della Programmazione Sanitaria, a fronte di capitoli di nuova istituzione, con la finalità di definire la perimetrazione del finanziamento del SSR per l'esercizio 2013;
- di confermare l'iscrizione delle maggiori entrate nella misura indicata dalla comunicazione del Ministero della Salute - Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ovvero prudenzialmente in misura inferiore a seguito di più recenti disposizioni acquisite ed agli atti dell'Ufficio, come raccomandato dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali nel verbale del 23 luglio 2013: " *Relativamente alla quota indistinta e vincolata, l'iscrizione dei relativi importi, sia nel bilancio finanziario regionale che economico - patrimoniale del Servizio sanitario regionale, deve avvenire sulla base di atti formali di assegnazione, ed, in ogni caso nell'anno di competenza. Con riferimento alle quote vincolate, la regione deve basarsi sulle comunicazioni formali del Ministero della Salute che prendono a riferimento gli importi indicati negli Atti formali più recenti"*;

Atteso che con DGR 342 del 7.3.2013 " Bilancio di previsione per l'e.f. 2013 - Assegnazione delle U.P.B. di entrata e di spesa (risorse autonome) e di entrata e connessi capitoli di spesa (risorse vincolate) in attuazione degli artt. 38, comma1, 48, comma 2, della L.R. 28/2001 e dell'art.59, co. 6, della L.R. 1/2004", Allegato A - UPB Entrate, la U.P.B. 02.01.15 " Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate " risulta affidata alla responsabilità del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, dunque connessa, per la parte spesa, alla U.P.B. 5.7.1., occorre provvedere altresì alla iscrizione di Unità Previsionali di Base di nuova istituzione per le entrate affidate alla responsabilità dei Servizi PAOS - GFS;

Quanto sopra premesso:

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

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

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

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

Procedere alla iscrizione delle quote di finanziamento sanitario vincolato riferite al 2013 come di seguito riportato:

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

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.35 con declaratoria "Fondo Sanitario nazionale di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Assistenza Ospedaliera e Specialistica;Cap. n.i._2135000 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Corsi di Formazione e Assistenza AIDS anno 2013" con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.242.214**;

PARTE SPESA
U.P.B. 5.6.1. Cap. n.i 761032 del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Corsi di Formazione e Assistenza AIDS anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.242.214**;

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

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.35 con declaratoria "Fondo Sanitario nazionale di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Assistenza Ospedaliera e Specialistica Cap. n.i.2135010 del bilancio 2013 "F.S.N. Assegnazione finalizzata alla Formazione Specifica in medicina generale anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.486.544,00**;

PARTE SPESA
U.P.B. 5.6.1. - Cap. n.i. 761033 del bilancio 2013 "Spesa Finalizzata alla Formazione Specifica in medicina generale anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.486.544,00**;

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

PARTE ENTRATA
U.P.B. 2.1.15 Cap. n.i. 2055785 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza sanitaria extra comunitari l.40/98 e D.Lgs.vo 286/98 anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **1.839.925,00**;

PARTE SPESA
U.P.B. 5.7.1. Cap. n.i. 712069 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza sanitaria extra comunitari l.40/98 e D.Lgs.vo 286/98 anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **1.839.925,00;**

4) **Assegnazione alle Regioni della quota vincolata per l'assistenza hanseniani e loro familiari a carico. CIPE n. 48 del 19 luglio 2013 - FSN 2011.**

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.35 con declaratoria "F.S.N. di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Assistenza Ospedaliera e Specialistica" Cap. n.i. 2135020 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza hanseniani e loro familiari a carico anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **601.309,33;**

PARTE SPESA
U.P.B. 5.6.1. Cap. n.i. 761034 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata assistenza hanseniani e loro familiari a carico anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **601.309,33;**

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

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.35 con declaratoria "F.S.N. di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Assistenza Ospedaliera e Specialistica" - Cap. n.i. 2135030 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata finanziamento interventi fibrosi cistica anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **331.382,00;**

PARTE SPESA
Cap. n.i. 761039 del bilancio 2013 U.P.B. 5.6.1. "F.S.N. Parte Corrente Vincolata finanziamento interventi fibrosi cistica anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **331.382,00;**

6) **Assegnazione alla Regioni della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria - CIPE 141 del 21.12.2012 euro 551.000,00 - CIPE 49 del 19 luglio 2013 euro 9.748.973,00 F.S.N. 2012**

PARTE ENTRATA
Cap. n.i. 2055780 del bilancio 2013 U.P.B. 2.1.15 "Art. 6 DPCM 1.4.2008 Assegnazione risorse per l'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **10.299.973,00;**

PARTE SPESA
U.P.B. 5.7.1. Cap. n.i. 712068 del bilancio 2013 "Art. 6 DPCM 1.4.2008 Assegnazione risorse per l'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **10.299.973,00;**

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

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.35 con declaratoria "F.S.N. di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Assistenza Ospedaliera e Specialistica" - Cap. n.i 2135040 - del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Fondo esclusività del rapporto del personale medico dirigente sanitario anno 2013" con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.124.349,00;**

PARTE SPESA
U.P.B. 5.6.1. Cap. n.i. 761036 del bilancio 2013 "F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Fondo esclusività del rapporto del personale medico dirigente sanitario anno 2013" con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **2.124.349,00;**

8) **Assegnazione alle regioni degli oneri di parte corrente derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari - Delibera CIPE 15/2013 - FSN 2013**

PARTE ENTRATA
U.P.B. 2.1.15 Capitolo n.i. 2055790 del bilancio 2013 declaratoria "F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari - anno 2013 " - con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad euro **3.579.172,00**;

PARTE SPESA
U.P.B. 5.7.1 Capitolo n.i. 712054 del bilancio 2013 con declaratoria " F.S.N. Parte Corrente Vincolata - Finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari - anno 2013". con l'iscrizione in termini di competenza e cassa di uno stanziamento pari ad euro **3.579.172,00***;*

9) **Assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate ex art. 1, commi 34 - 34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale - Comunicazione Ministero della Salute - FSN 2013 in proporzione alla CIPE 21.12.2012.**

PARTE ENTRATA
U.P.B n.i. 2.1.36 con declaratoria "F.S.N. di parte corrente ed altre assegnazioni vincolate Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale " - Cap. n.i. 2136000 del bilancio 2013 "F.S.N. - Trasferimenti statali delle quote vincolate agli Obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2013 " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **115.589.087,00;**

PARTE SPESA
Cap. n.i. 751064 del bilancio 2013 U.P.B. 5.8.1. "F.S.N. Trasferimenti agli Enti del Servizio Sanitario Regionale delle quote vincolate agli Obiettivi di Piano Sanitario per l'anno 2013" con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **115.589.087,00;**

10) Assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'assistenza sanitaria lavoratori stranieri emersi, art. 5, comma 16, Decreto Lgs.vo 109/2012 - Nota MEF - RGS 2370 del 22 luglio 2013 - Parere Repertorio Atti n. 131/CSR del 26 settembre 2013 - FSN 2012 euro 1.243.916,00; FSN 2013 euro 3.760.677,00;

PARTE ENTRATA
U.P.B. 2.1.15 Cap. n.i. 2055795 del bilancio 2013 "FSN - Art. 5, comma 16, D.lgs.vo 16 luglio 2012 - Assegnazione risorse per assicurare l'assistenza sanitaria ai lavoratori stranieri emersi " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.004.953,00;**

PARTE SPESA
U.P.B. 5.7.1. Cap. n.i. 712052 del bilancio 2013 "Art. 5, comma 16, D.lgs.vo 16 luglio 2012 - Assegnazione risorse per assicurare l'assistenza sanitaria ai lavoratori stranieri emersi " con iscrizione in termini di competenza e cassa della complessiva somma di euro **5.004.953,00;**

Ai successivi adempimenti contabili provvederanno i dirigenti competenti per la spesa mediante adozione di appositi atti dirigenziali. Alla liquidazione ed erogazione si procederà a seguito di acquisizione delle delibere CIPE ovvero delle Intese CSR relative alle assegnazioni per l'anno 2013.

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

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore proponente;

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

A voti unanimi espressi dai presenti;

DELIBERA

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

- di procedere alle variazioni di bilancio ex art. 42 L.R. 28 /2011 e s.m.i. ed art. 12 L.R. 46/2013 come indicato nella sezione contabile del presente provvedimento;

- di incaricare i dirigenti dei Servizi competenti per la spesa ad adottare i successivi provvedimenti per i conseguenti adempimenti contabili e per l'erogazione delle risorse agli Enti del SSR a seguito di acquisizione delle delibere CIPE ovvero delle Intese CSR relative alle assegnazioni per l'anno 2013;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia.

- di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42 della L.R. 28/2001 e s.m.i.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2567

Accordo Stato-Regioni in materia sanitaria. Anno 2013. Recepimento.

L'Assessore al Welfare, Elena Gentile sulla base dell'istruttoria predisposta dal Dirigente dell'ufficio di Sanità Veterinaria, confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

La legge costituzionale 18 Ottobre 2001, n.3 ha notevolmente esteso l'autonomia regionale, sia per quanto riguarda la potestà legislativa che quella amministrativa.

In particolare, per la tutela della salute umana, la Regione ha il potere di introdurre discipline normative autonome, nei diversi settori, sulla base dei principi generali fissati dalla legislazione statale.

L'art. 1, comma 173, della legge n. 311 del 30 dicembre 2003, ai fini del finanziamento integrativo a carico dello Stato a favore delle Regioni, ha imposto una specifica intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131/5 giugno 2003, che preveda determinati adempimenti, nel contesto degli obiettivi di finanza pubblica, finalizzata al contenimento della spesa.

L'individuazione dei predetti adempimenti da parte delle Regioni per l'accesso dei fondi di cui innanzi è stata sancita con l'intesa della Conferenza Stato Regioni e P. A. nella seduta del 23 marzo 2005 con il n. 2271 di repertorio.

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera i) della intesa, le Regioni devono trasmettere al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze i provvedimenti con i quali vengono posti in essere i contenuti degli accordi sanciti, appunto, in Conferenza Stato Regioni, sia pure per quelli ritenuti rilevanti nell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per alcuni di detti accordi, benché già in fase di attuazione, necessita un formale atto di recepimento da trasmettere al tavolo di verifica degli adempimenti di cui alla ricordata intesa del 23 marzo 2005.

Nel corso dell'anno 2013, la Conferenza Unificata e la Conferenza StatoRegioni, hanno sancito, ai sensi della vigente normativa, il seguente Accordo/Intesa in materia di Sanità:

TIPOLOGIA	OGGETTO	DATA
Intesa ai sensi dell'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 25 gennaio, n. 9	Intesa sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende avicole	26/09/2013
Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281	Accordo, tra il Governo le Regioni e le Provincie Autonome, le province, i Comuni e le Comunità montane sulle Linee guida per l'adozione dei piani di controllo e certificazione nei confronti della paratubercolosi bovina	17/08/2013

Al riguardo, va considerato che il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001 e successive integrazioni definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, vale a dire le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, organizzati in tre grandi Aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

Si ritiene, pertanto, di dover recepire il suddetto Accordo anche allo scopo di assicurare l'immediata applicazione sul territorio regionale delle prescrizioni in essi contenute, ai fini del rispetto dei principi ed obiettivi della legislazione statale e comunitaria sopra richiamata a tutela della salute pubblica.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n.28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni:

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

Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Giovanna Labate

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 stabilito dall'art. 4, comma 4 della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore proponente;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore e dal Dirigente del Servizio PATP,

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di recepire i seguenti Accordi/Intese sanciti in Conferenza StatoRegioni e in Conferenza Unificata:

TIPOLOGIA	OGGETTO	DATA
Intesa ai sensi dell'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 25 gennaio, n. 9	Intesa sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende avicole	26/09/2013
Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281	Accordo, tra il Governo le Regioni e le Provincie Autonome, le province, i Comuni e le Comunità montane sulle Linee guida per l'adozione dei piani di controllo e certificazione nei confronti della paratubercolosi bovina	17/08/2013

2. di demandare al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione di assumere tutte le iniziative necessarie per garantire, da parte dei Servizi competenti, l'uniforme applicazione dei predetti Accordi /Intese;

3. di disporre l'inserimento dei predetti Accordi/Intese nel sito Internet della Regione Puglia;

4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

Allegato 1

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 9, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende avicole.

Rep. n. 122/CSR del 26 settembre 2013

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 26 settembre 2013:

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1996, n. 317, e successive modifiche "Regolamento recante norme per l'attuazione della direttiva 92/102/CEE relativa all'identificazione e alla registrazione degli animali";

VISTO il regolamento (CE) n. 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002 che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare, e, visto in particolare, l'articolo 18 che prevede che in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione venga assicurata la rintracciabilità degli alimenti, dei mangimi, degli animali destinati alla produzione alimentare e di qualsiasi altra sostanza destinata o atta a entrare a far parte di un alimento o di un mangime;

CONSIDERATA l'ordinanza 25 agosto 2005 del Ministero della salute, così come da ultimo prorogata con modifiche dalla Ordinanza 13 dicembre 2012 e, visto, in particolare, l'articolo 1 che prevede che i servizi veterinari delle ASL registrano nella banca dati nazionale dell'anagrafe zootecnica le informazioni relative alle aziende registrate ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo 13 marzo 2006, n. 158 e il divieto di commercializzazione di animali e prodotti dell'avicoltura provenienti da aziende di volatili da cortile che non siano state registrate;

VISTO il decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 9, recante " Attuazione della direttiva 2005/94/CE, relativa a misure comunitarie di lotta contro l'influenza aviaria e che abroga la direttiva 92/40/CEE";

VISTO il comma 1 dell'articolo 4 del suindicato decreto legislativo che prevede che "i servizi veterinari delle aziende sanitarie locali registrano nella banca dati nazionale delle anagrafi zootecniche istituita dal Ministero presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e Molise, le informazioni relative a tutte le aziende avicole";

VISTO il comma 3 del richiamato articolo 4 che dispone che " con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, vengano stabilite le modalità operative per la registrazione;

VISTO l'articolo 57, comma 2 della medesima legge che stabilisce le sanzioni per le eventuali inadempienze degli obblighi di registrazione;

VISTO che, in attuazione delle menzionate disposizioni, il Ministero della salute, con nota del 24 aprile 2013, ha inviato lo schema di decreto indicato in oggetto, con il quale sono fornite le indicazioni relative alle modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende agricole (Manuale allegato allo schema medesimo);

VISTA la nota in data 6 maggio 2013, con la quale il documento in parola è stato diramato alle Regioni e Province autonome ai fini del perfezionamento della prescritta Intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni;

VISTA la nota in data 24 maggio 2013, con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha rappresentato la necessità di integrare il comma 2, dell'articolo 2 dello schema di provvedimento in oggetto con la clausola di invarianza finanziaria;

VISTA la lettera in data 12 luglio 2013, con la quale il Ministro della salute ha comunicato il proprio nulla osta al prosieguo dell'iter istruttorio del provvedimento di cui trattasi;

VISTA la lettera in data 16 luglio 2013, con la quale è stato chiesto alle Regioni di far pervenire il proprio assenso tecnico;

VISTA la nota del 6 agosto 2013, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha chiesto la convocazione di una riunione tecnica;

VISTA la lettera del 3 settembre 2013 con cui è stata convocata, per l'esame del provvedimento di cui trattasi, una riunione tecnica per il giorno 16 settembre 2013;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 16 settembre 2013, le Regioni e le Province autonome hanno formulato una serie di richieste emendative;

VISTA la nota del 17 settembre 2013, diramata in pari data, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione dello schema di decreto di cui trattasi che recepisce le modifiche concordate nella predetta riunione tecnica;

CONSIDERATO che, nel corso della Conferenza Stato - Regioni del 19 settembre 2013, l'esame del punto è stato rinviato;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 24 settembre 2013, le Regioni e le Province autonome hanno formulato talune richieste emendative;

VISTA la nota del 25 settembre 2013, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva dello schema di decreto in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di Intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

sulla schema di decreto del Ministro della salute di cui in premessa recante modalità operative di funzionamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende avicole di cui all'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 9, nella versione definitiva trasmessa in data 25 settembre 2013.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino

IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

ALLEGATO

MANUALE OPERATIVO

Indice degli argomenti

1. **Definizioni**
2. **Banca Dati Nazionale (B.D.N.)**
3. **Deleghe**
4. **Registrazione aziende - segnalazione di apertura di una azienda o di una unità produttiva**

   4.1 Incubatoio

   4.2 Allevamento

   4.3 Mercati, fiere, esposizioni

   4.4 Commerciante

   5. Variazione dati aziendali

   6. Comunicazione cessazione attività.

   7. Registrazione delle movimentazioni in BDN

   7.1 Registrazione delle movimentazioni per gli allevamenti di *Gallus gallus, Meleagris gallopavo* e di altre specie avicole con orientamento produttivo "pollame da carne" (Accasamenti e sfoltimenti)

   8. Registrazione delle macellazioni in BDN

   9. Comunicazioni automatizzate

   10. Registrazione controlli eseguiti dai Servizi Veterinari

   11. Aggiornamento delle registrazioni precedenti al decreto

1. Definizioni

Ai fini dell'applicazione delle procedure operative contenute nel presente manuale si adottano le seguenti definizioni:
avicoli: il pollame, ossia animali della specie *Gallus gallus*, tacchini, faraone, anatre, oche, quaglie, piccioni, fagiani, pernici e uccelli corridori (ratiti) ed altri volatili allevati o comunque tenuti ai fini della riproduzione, della produzione di carne o di uova da consumo o della fornitura di selvaggina da ripopolamento;
azienda: una struttura agricola o di altro tipo, anche all'aperto, nella quale gli avicoli sono allevati o tenuti, esclusi i macelli, i mezzi di trasporto, gli impianti e stazioni di quarantena ed i posti d'ispezione frontalieri;
unità produttiva: un'unità produttiva all'interno della medesima azienda, identificata univocamente, in cui è svolta una determinata attività zootecnica e della quale il servizio veterinario constata la totale indipendenza da qualsiasi altra unità della stessa azienda, sia in termini di ubicazione sia in termini di gestione del pollame o degli altri volatili ivi ospitati;

Sono unità produttive:
allevamento: l'insieme degli avicoli della stessa specie, o gruppo specie, e dello stesso proprietario e dello stesso detentore, presenti in una singola unità aziendale;
incubatoio: unità aziendale destinata all'incubazione e schiusa delle uova da cova con fornitura di pulcini di un giorno;
commerciante: persona fisica o giuridica che detiene gli avicoli per un tempo non superiore alle 72 ore, per poi destinarli ad allevamenti familiari o ad altri commercianti, e che non necessita di particolari strutture per soddisfare le loro esigenze fisiologiche;
mercati, fiere, esposizioni: aziende destinate alla stabulazione temporanea degli animali provenienti da più luoghi e aziende, per fini commerciali o espositivi;
allevamento familiare: allevamento rurale con capacità strutturale inferiore a 250 capi che non movimenta avicoli verso altre aziende e nel quale gli avicoli sono allevati esclusivamente per autoconsumo o utilizzo personale, senza alcuna attività commerciale, fatte salve le eccezioni previste dal regolamento (CE) 852/2004 Questi allevamenti non ottemperano agli obblighi di registrazione delle movimentazioni/accasamenti di cui al capitolo 7 del presente manuale;
gruppo: insieme di avicoli di uguale stato sanitario allevati contemporaneamente (nello stesso ciclo produttivo) nel medesimo capannone;
capannone: il locale o recinto destinato ad ospitare singoli gruppi, identificato in maniera univoca nell'ambito dell'allevamento di appartenenza;
filiera avicola rurale: l'insieme degli allevamenti e delle aziende la cui attività prevalente è l'allevamento, la custodia e/o la commercializzazione di avicoli destinati agli allevamenti familiari;
proprietario: la persona fisica o giuridica che ha la proprietà degli animali e loro piena disponibilità a titolo permanente o provvisorio;
detentore: la persona fisica o giuridica responsabile anche temporaneamente degli animali. Qualora non coincida col proprietario degli animali, il detentore è formalmente individuato dal proprietario degli animali. In caso di contratto di soccida il soccidario rappresenta il detentore e il soccidante il proprietario degli animali;
scambi: gli scambi intracomunitari di pollame ed uova da cova di cui alla direttiva 2009/158/CE del Consiglio del 30 novembre 2009.

2. Banca Dati Nazionale (B.D.N.)

La Banca Dati Nazionale (B.D.N.) dell'anagrafe zootecnica del Ministero della salute, di cui al comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 9, già istituita con l'articolo 12 del decreto legislativo 22 maggio1999, n. 196, è gestita dal Centro Servizi Nazionale, di seguito denominato CSN, costituito presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.
Le informazioni registrate in Banca Dati Nazionale (B.D.N.) hanno valore ufficiale e garantiscono trasparenza e visibilità al patrimonio zootecnico nazionale.

Le modalità di alimentazione della BDN sono basate su transazioni di dati singoli e multipli in tempo reale e secondo specifiche tecniche elaborate dal Centro Servizi Nazionale (CSN) e pubblicate sul portale internet www.vetinfo.sanita.it.
Le elaborazioni centralizzate considerano esclusivamente le informazioni che superano i controlli previsti. I dati errati non sono conservati a livello centrale, ma restituiti all'utente che ha eseguito la transazione.
Per l'alimentazione della BDN il CSN utilizza un applicativo web in ambiente internet ed espone, anche in ambiente SPC (Sistema Pubblico di Connettività), i servizi web necessari per garantire una cooperazione applicativa con il Sistema Informativo Agricolo Nazionale (SIAN), con altre Amministrazioni dotate di autonomo sistema informatico, ovvero con le Banche Dati Regionali, nel caso in cui le regioni e province autonome già dotate di autonomi nodi regionali della BDN, decidano di avvalersene anche per l'anagrafe avicola. In questo caso le regioni e le provincie autonome garantiscono l'alimentazione della B.D.N. in tempo reale e con un identico livello di qualità e sicurezza dei dati, assicurando agli utenti gli stessi servizi offerti a livello nazionale.
Gli utenti che necessitano di utilizzare la BDN, devono provvedere a munirsi degli strumenti elettronici di identificazione, in base alle indicazioni definite dal CSN ai sensi della normativa di riferimento.
Fruibilità dei dati registrati in BDN - Possono accedere alle informazioni contenute in BDN tutti i soggetti che ne hanno interesse ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241, e tutte le Amministrazioni pubbliche, nel rispetto di quanto previsto dalle norme per la tutela dei dati personali.
Sul portale internet www.vetinfo.sanita.it - sezione "Anagrafe Zootecnica – statistiche", sono disponibili, per la libera consultazione, i dati statistici presenti in BDN per ciascun territorio.
I soggetti abilitati hanno accesso ai dati di dettaglio di competenza presenti in BDN. A tal fine, i soggetti che ai sensi della normativa vigente ne hanno diritto, possono richiedere specifica autorizzazione al Ministero della Salute, motivando tale richiesta.
A conferma dell'autorizzazione ottenuta, che potrà essere anche a titolo oneroso, i soggetti richiedenti saranno dotati dal CSN di specifico account per accedere alla BDN per la consultazione dei dati delle aziende oggetto di autorizzazione.

3. Deleghe

Il detentore e il responsabile dello stabilimento di macellazione scelgono se operare in B.D.N. direttamente o tramite proprio delegato e registrano tale scelta in BDN entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto.
La delega per gli adempimenti previsti è unica, ossia non è possibile la registrazione di più soggetti abilitati ad operare in BDN per la stessa unità produttiva o stabilimento di macellazione.
Ai sensi della normativa vigente, l'accettazione della delega da parte del delegato non è tacita, ma è esplicita e documentabile al fine di accertare la duplice volontà di conferire, da parte del delegante, ed accettare, da parte del soggetto delegato, la delega.
I delegati provvedono alla registrazione in BDN delle informazioni, di cui ai capitoli 4, 5, 6 e 8 del presente manuale operativo, entro cinque giorni lavorativi dalla data di ricevimento della comunicazione da parte del delegante.
Per variare la scelta del proprio delegato, il soggetto delegante, prima di indicare il nuovo delegato, dà formale disdetta al precedente. Entrambi gli eventi sono registrati in BDN.
Il servizio veterinario dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio può provvedere, qualora abbia accettato formalmente la delega, all'inserimento ed aggiornamento in BDN delle informazioni di competenza del detentore.

4. Registrazione aziende - segnalazione di apertura di una azienda/unità produttiva

Il rilascio del codice aziendale è subordinato alla validazione dei dati relativi all'azienda da parte del Servizio veterinario secondo le seguenti procedure informatizzate:

a) Il detentore degli animali o il suo delegato presenta istanza attraverso lo Sportello Unico Attività Produttive (SUAP) competente per territorio che, fatte le dovute verifiche volte ad acquisire tutte le informazioni relative alla presenza del nuovo insediamento comunica all'ASL competente la pratica completa relativa alla nuova azienda o allevamento. L'A.SL., se del caso, registra l'azienda o

l'allevamento in BDN previa assegnazione del codice aziendale che viene e inserito in BDN e comunicato al SUAP.

b) Nel casi in cui nel territorio di competenza non sia ancora operativa la procedura tramite SUAP, il detentore degli animali, o il suo delegato, una volta acquisite le autorizzazioni ed effettuate le comunicazioni previste dalle vigenti disposizioni, comprese quelle richieste dal Comune ove è localizzata l'attività entro venti giorni dall'inizio dell'attività inserisce in BDN tutte le informazioni richieste dal modulo informatizzato "richiesta di apertura di una azienda /unità produttiva" attraverso apposita procedura informatica.
Se le informazioni sono state inserite in maniera corretta, la BDN genera un messaggio per il servizio veterinario A.S.L. che, entro 7 giorni, registra in BDN l'apertura dell'azienda o dell'unità produttiva, oppure comunica al richiedente le modalità per perfezionare la procedura.
L'avvenuta registrazione è comunicata dalla BDN all'operatore richiedente tramite messaggio.
Nel caso in cui si tratti di una nuova azienda, contestualmente alla registrazione viene generato automaticamente un nuovo codice aziendale. In questo caso il messaggio di avvenuta registrazione conterrà anche il codice aziendale assegnato e le modalità per perfezionare l'accreditamento. Per attivare le funzioni connesse al profilo specifico in BDN, l'utente dovrà completare la sua registrazione dotandosi di identificativo elettronico.
Per la registrazione delle unità produttive nell'ambito di una medesima azienda, a parità di localizzazione geografica, il codice aziendale è unico. Se l'unità produttiva fa capo ad azienda già presente in BDN, anche se in altre sezioni dell'anagrafe zootecnica, è utilizzato il codice aziendale già assegnato in precedenza.
La registrazione in BDN di un allevamento familiare qualora necessario può essere richiesta dal servizio veterinario competente. Tale inserimento in BDN prevede informazioni semplificate, con indicazione dei dati anagrafici del proprietario, la specie allevata, l'ubicazione dell'allevamento e la generazione del codice aziendale.

Le unità produttive si identificano in BDN mediante:
1. il codice aziendale;
2. il codice fiscale del proprietario;
3. il codice della specie o del gruppo specie.

Condizioni per la corretta registrazione

- L'unità produttiva deve trovare riscontro nella specifica tabella di decodifica;
- la specie, o il gruppo specie, animale allevata/ospitata/commercializzata deve trovare riscontro nella specifica tabella di decodifica;
- il codice fiscale del proprietario degli avicoli deve essere valido;
- gli estremi dell'indirizzo dell'azienda devono comprendere le coordinate geografiche (georeferenziazione) dell'azienda stessa oltre che via/piazza/strada/ecc., numero civico, CAP, località, comune e Provincie;
- il codice fiscale del detentore, se diverso dal proprietario, deve essere valido;
- gli estremi dell'indirizzo del proprietario degli avicoli e, se diverso dal proprietario, del detentore principale degli avicoli – persona fisica o giuridica - devono essere registrati con indicazione di via/piazza/strada/anagrafico, ecc., numero civico, CAP, località, ecc., comune e Provincie con recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica (e-mail);
- la denominazione della struttura deve essere specificata;
- la data di inizio dell'attività deve essere valida;
- la data di inizio responsabilità del detentore indicato deve essere valida;
- la superficie complessiva della struttura deve essere espressa in mq.;
- deve essere specificato se il proprietario degli avicoli intende o no delegare ad altri soggetti abilitati il compito di registrare in BDN gli eventi dell'anagrafe di propria competenza.

4.1. Incubatoio

Nel caso di incubatoi, oltre le informazioni di cui al precedente capitolo 4, nel modulo informatizzato occorrerà indicare anche :

- la specie avicola alla quale appartengono le uova incubate;
- l'informazione riferita all'alternanza di diverse specie, ossia se sono incubate uova di specie differenti in tempi diversi. In caso di alternanza, registrare la specie "Avicoli Misti" o "Avicoli Misti compresi *Gallus gallus* e/o *Meleagris gallopavo*"alla voce "specie allevata" e indicare le specie incubate alternativamente;
- numero totale di capannoni. In incubatoio per capannone si intende il locale in cui sono presenti camere destinate all'incubazione;
- capacità massima di incubazione (inteso come numero massimo di uova che è possibile incubare nello stesso momento in quella struttura);
- destinazione dei pulcini schiusi, selezionando:

Uso interno all'azienda: SI/NO

Nel caso in cui l'uso interno all'azienda è valorizzato SI (opzione possibile solo nell'orientamento produttivo "a ciclo completo") non andranno registrate in BDN le movimentazioni dei pulcini.

4.1.1 Registrazione riconoscimento ad effettuare scambi comunitari

Nel caso in cui all'incubatoio sia stata rilasciato il riconoscimento a effettuare scambi comunitari il servizio veterinario competente registra in BDN l'informazione riferita a tale evenienza entro sette giorni dal rilascio dell'autorizzazione e delle sue eventuali successive variazioni (modifiche, sospensioni e/o revoche) ai fini dell'inserimento dell'incubatoio negli elenchi internet previsti dalla Decisione 2009/712, con indicazione del numero e della data di riconoscimento ed eventuali osservazioni.

4.2. Allevamento

Nel caso degli allevamenti oltre le informazioni di cui al precedente capitolo 4, nel modulo informatizzato occorrerà indicare anche:

- la capacità strutturale, intesa come il numero massimo di avicoli che possono essere ospitati nella struttura;
- il numero di capannoni;
- registrazione dei capannoni, *solo per le specie Gallus gallus* e *Meleagris gallopavo e per tutti gli allevamenti avicoli con orientamento produttivo "pollame da carne"*, con le informazioni relative, per ciascun capannone, all'identificativo univoco, alla superficie in mq; alla capacità strutturale massima; alla densità massima ai sensi del decreto legislativo 181/2010, alla modalità di allevamento, se diversa da quella pricipale dell'allevamento;
- il numero di cicli produttivi previsti nell'anno, che deve essere superiore a zero e compatibile con l'orientamento produttivo dell'allevamento;
- il numero di gruppi totale, *solo per le specie Gallus gallus* e *Meleagris gallopavo e per tutti gli allevamenti avicoli con orientamento produttivo "pollame da carne"*, inteso come il numero di gruppi che si prevede allevare nell'anno in corso. Esso rappresenta il riferimento territoriale per la programmazione e la rendicontazione delle attività previste dai Piani di controllo salmonellosi. Tale numero deve essere compatibile con il numero di capannoni e di cicli produttivi dell'allevamento;
- l'informazione riferita all'alternanza di diverse specie avicole nell'allevamento. In caso di alternanza, registrare la specie "Avicoli Misti" o "Avicoli Misti compresi *Gallus gallus* e/o *Meleagris gallopavo* " alla voce "specie allevata" e indicare le specie allevate alternativamente;
- l'informazione riferita all'appartenenza o meno alla filiera rurale;
- la modalità principale di allevamento, individuata tra quelle presenti nella tabella di decodifica per ciascun orientamento produttivo.
- l'orientamento produttivo dell'allevamento scelto tra i seguenti:

1) Riproduttori: avicoli (*Gallus gallus*; *Meleagris gallopavo*; anatre; oche; faraone; quaglie; ratiti; selvaggina per ripopolamento; piccioni) allevati per la produzione di uova da cova. Per tale orientamento è specificata anche:

- la tipologia produttiva scelta tra
  - a) Selezione (Grand parents, Elite): l'allevamento di riproduttori con tipologia produttiva selezione è quello in cui gli avicoli sono allevati per la produzione di uova da cova destinate alla generazione di pollame da riproduzione (sono quindi allevamenti di riproduttori che generano altri riproduttori.)
  - b) Moltiplicazione (Parents): l'allevamento di riproduttori con tipologia produttiva moltiplicazione è quello in cui il pollame è allevato per la produzione di uova da cova destinate alla generazione di pollame da reddito (sono quindi allevamenti di riproduttori che generano ovaiole o polli da carne);
- la fase produttiva scelta tra fase pollastra o fase deposizione.

2) Produzione di uova da consumo: pollame allevato per la produzione di uova da consumo (e non destinate alla cova.)
Per gli allevamenti di ovaiole *Gallus gallus* è specificata anche la fase produttiva scelta tra fase pollastra o fase deposizione.
3) Pollame da carne: avicoli delle specie *Gallus gallus*, *Meleagris gallopavo*, anatre, oche, faraone, quaglie, ratiti, avicoli misti allevati per la produzione di carne.
4) Svezzamento: avicoli allevati per la prima parte del ciclo produttivo per essere poi ceduti, quale attività prevalente, ad aziende della filiera avicola rurale. Il servizio veterinario A.S.L. registra se tali allevamenti sono autorizzati per il commercio regionale o accreditati per il commercio extra regionale.
5) Ripopolamento selvaggina: quaglie, starne, pernici, fagiani allevati a scopo di ripopolamento.
6) Ciclo completo: orientamento previsto solo per gli allevamenti di struzzi, selvaggina, avicoli ornamentali e avicoli misti esclusi *Gallus gallus e Meleagris gallopavo,* per cui non c'è una specializzazione di tipologia produttiva ma presenza sia di riproduttori che di pollame da carne e/o destinato alla produzione di uova da consumo.

4.2.1 Registrazione del riconoscimento ad effettuare scambi comunitari e dello stato sanitario dell'allevamento

Il servizio veterinario competente registra in BDN:

- l'informazione riferita all'eventuale riconoscimento comunitario ad effettuare scambi entro sette giorni dal rilascio dell'autorizzazione e delle sue eventuali successive variazioni (modifiche, sospensioni e/o revoche), ai fini dell'inserimento dell'allevamento negli elenchi internet previsti dalla Decisione 2009/712. Sono registrati anche il numero e la data di riconoscimento; la tipologia (moltiplicazione; allevamento) ed eventuali osservazioni;
- lo stato sanitario per salmonellosi con data dell'attribuzione/aggiornamento dell'accreditamento per allevamenti di *Gallus gallus* e *Meleagris gallopavo* sottoposti ai piani di controllo salmonellosi;

4.3 Mercati, fiere, esposizioni

Nel caso di mercati, fiere e esposizioni il responsabile della struttura oltre le informazioni di cui al precedente capitolo 4, nel modulo informatizzato dovrà indicare anche :

- la capacità strutturale, come risultante da autorizzazione dell'ASL;
- il numero e la data di rilascio dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio dell'attività.

4.4 Commerciante

Per la registrazione dell'attività "commerciante" sono inserite in BDN le informazioni di cui al capitolo 4.
Nel caso si tratti di commerciante sprovvisto di una struttura di ricovero degli avicoli, il codice aziendale è attribuito alla sede legale della ditta.

La classificazione dell'attività di commerciante è scelta tra quelle presenti nella specifica tabella di decodifica.

5. Comunicazione variazioni dati aziendali

Il detentore degli animali o il suo delegato inserisce nell'apposito modulo informatizzato "Comunicazione variazione dati aziendali" le variazioni dei dati aziendali di competenza entro sette giorni dalla data in cui si è verificata la variazione stessa.
Se le informazioni sono state registrate in maniera corretta, la BDN genera un messaggio per il servizio veterinario che entro 7 giorni registra in BDN le nuove informazioni, oppure comunica al richiedente le modalità per perfezionare la procedura.
L'avvenuta registrazione è comunicata dalla BDN all'operatore richiedente tramite messaggio.

6. Comunicazione cessazione attività

Il detentore degli animali o il suo delegato inserisce nell'apposito modulo informatizzato "comunicazione cessazione attività" le informazioni riguardanti cessazione dell'attività aziendale indicandone la data.
Il servizio veterinario entro 7 giorni registra in BDN tale comunicazione oppure comunica al richiedente le modalità per perfezionare la procedura.

7. Registrazione delle movimentazioni in BDN
Movimentazione in uscita: a partire dal diciottesimo mese successivo all'entrata in vigore del decreto il detentore degli animali o il suo delegato, per ciascuna partita di avicoli movimentata in uscita dalla struttura di competenza, ad eccezione delle partite destinate direttamente ad allevamenti familiari , registra in BDN, prima della movimentazione, le informazioni richieste dall'apposito modulo "richiesta di movimentazione in uscita".
Per semplificare i procedimenti amministrativi relativi alla movimentazione degli avicoli, la registrazione delle movimentazioni in BDN sostituisce la dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317" e il documento di cui al Decreto 11 febbraio 2007 "Documentazione di accompagnamento al macello dei volatili da cortile, dei conigli, della selvaggina d'allevamento e dei ratiti".
La dichiarazione di provenienza e di destinazione è stampata da BDN al fine di scortare gli avicoli durante il trasporto.
La validazione in BDN della"*richiesta di movimentazione in uscita*" da parte del Servizio veterinario A.S.L., nei casi previsti, equivale all'"attestazione sanitaria" della documentazione di accompagnamento degli avicoli.

Movimentazione in entrata: a partire dal diciottesimo mese successivo all'entrata in vigore del decreto il detentore degli animali o il suo delegato, per ciascuna partita registra in BDN, entro 5 giorni dall'arrivo degli avicoli, le informazioni di cui alla dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317".
Il destinatario degli avicoli, o suo delegato, può recuperare, attraverso opportuni moduli informatici, le informazioni già inserite in BDN al momento della movimentazione in uscita dalla struttura di partenza della stessa partita di avicoli.

Condizioni per la corretta registrazione del movimento

- Le strutture di provenienza e destinazione degli avicoli devono essere presenti in BDN e non risultare chiuse alla data di movimentazione. Nei casi in cui la destinazione è un allevamento familiare non registrato in BDN, al solo fine di rendere possibile la tracciabilità della movimentazione verso una struttura sprovvista di codice aziendale, l'allevamento familiare stesso è identificato in BDN col codice fiscale del proprietario degli avicoli.
- le date di movimentazione in uscita ed in entrata devono essere valide;
- il motivo della movimentazione deve trovare riscontro nella specifica tabella di decodifica.
- il numero di avicoli movimentati deve essere superiore a zero.

- devono essere indicati estremi e data della dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317" oppure, secondo il caso, al documento di cui al Decreto 11 febbraio 2007 "Documentazione di accompagnamento al macello dei volatili da cortile, dei conigli, della selvaggina d'allevamento e dei ratiti";
- la specie degli avicoli movimentati deve essere coerente con la/le specie dell'unità produttiva.

Per ciascuna partita di avicoli proveniente da altri Stati sono inoltre richieste le seguenti informazioni:
- paese di provenienza;
- estremi e data del certificato sanitario.

L'avvenuto completamento delle operazioni è comunicato dalla BDN tramite messaggio.

7.1. Registrazione delle movimentazioni per gli allevamenti di *Gallus gallus, Meleagris gallopavo* e di altre specie avicole con orientamento produttivo "pollame da carne" (Accasamenti e sfoltimenti)

A partire dal centottantesimo giorno successivo all' entrata in vigore del decreto il detentore degli allevamenti di *Gallus gallus, Meleagris gallopavo*, e/o di altre specie con orientamento produttivo "pollame da carne", o il suo delegato, registra in BDN, per ciascun gruppo di avicoli, gli accasamenti, ossia l'introduzione di un gruppo in un capannone, e le uscite, ossia lo sfoltimento o lo spopolamento del capannone ospitante il gruppo.
Ciascun gruppo è identificato, nell'ambito di un allevamento, dall'identificativo del capannone e dalla data di accasamento.

Condizioni per la corretta registrazione
Nell'ambito dell'allevamento per ciascun gruppo è registrato in caso di:

Accasamento
- il codice identificativo del capannone in cui è accasato il gruppo. Il sistema controlla che al gruppo non sia collegato un capannone per il quale non è ancora stato registrata l'uscita;
- l'identificativo della/e dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317", o del certificato sanitario di cui alla Direttiva 158/2009 e s.m.i., e dell'unità produttiva di provenienza degli avicoli che costituiscono il gruppo, che deve essere presente in BDN e non essere chiusa alla data di movimentazione. Gli avicoli che costituiscono un gruppo possono avere provenienze diverse;
- la data di accasamento che deve essere valida: se l'accasamento avviene in un periodo di tempo, indicare la data di accasamento iniziale.
- il numero di avicoli accasati, che deve essere superiore a zero;
- il sesso degli avicoli (F/M) – selezionabili entrambi in caso di gruppi misti;
- l'età degli avicoli alla data di accasamento (giorni/settimane);
- la fase produttiva per i riproduttori e le ovaiole;
- il detentore specifico per il gruppo, se diverso da quello principale dell'allevamento;
- per i polli da carne deve essere indicata la tipologia produttiva del gruppo, ossia broiler, galletti, capponi, e altri;
- l'eventuale modalità di allevamento del gruppo in esame se diversa da quella prevalente;

Uscite o sfoltimenti
- il motivo dell'uscita deve trovare riscontro nella specifica tabella di decodifica (macellazione; altra azienda italiana o estera);
- l'identificativo del documento di cui alla dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317" oppure, secondo i casi, al Decreto 11 febbraio 2007 "Documentazione di accompagnamento al macello dei volatili da cortile, dei conigli, della selvaggina d'allevamento e dei ratiti";

- la struttura di destinazione degli avicoli, che deve essere presente in BDN e non essere chiusa alla data di movimentazione;
- la data di uscita, che deve essere valida;
- per le uscite con motivo "macellazione":
    - lo stabilimento di macellazione di destinazione deve essere presente in BDN, attivo ed abilitato alla macellazione della specie animale oggetto di movimentazione;
    - devono essere registrate anche le informazioni previste dal modello I.C.A., di cui al Regolamento 853/2004/CE e successive modifiche e integrazioni, inclusa la data e l'esito del campionamento di cui ai Piani nazionali di controllo delle salmonellosi.

Per la registrazione degli accasamenti e uscite dei gruppi, possono essere recuperati, attraverso opportuni moduli informatici, le informazioni già inserite in BDN al momento delle precedenti movimentazioni degli avicoli.
Per semplificare i procedimenti amministrativi relativi alla movimentazione degli avicoli, la registrazione in BDN delle movimentazioni, sostituisce la dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317" e il documento di cui al Decreto 11 febbraio 2007 "Documentazione di accompagnamento al macello dei volatili da cortile, dei conigli, della selvaggina d'allevamento e dei ratiti" o del certificato sanitario di cui alla Direttiva 158/2009 e s.m.i..
La dichiarazione di provenienza e di destinazione è stampata da BDN al fine di scortare gli avicoli durante il trasporto.

La validazione in BDN da parte del Servizio veterinario A.S.L., nei casi previsti, equivale all'"attestazione sanitaria" della documentazione di accompagnamento degli avicoli.

E' possibile registrare in BDN le vaccinazioni effettuate sui gruppi. Tale registrazione ottempera a quanto previsto dall' articolo 65 del DPR 320/54.

I dati registrati permettono di raccogliere e trasmettere le informazioni ufficiali relative alle consistenze.
I dati presenti in BDN concernenti le modalità di allevamento e il numero di ovaiole allevate sono utilizzati anche dal Ministero politiche agricole, alimentari e forestali per le proprie finalità istituzionali di cui al decreto 263/2003 allegato E, punto 1, e successive modifiche e integrazioni.

8. Registrazione delle macellazioni in BDN

Per la registrazione in BDN dei dati relativi alle partite di avicole macellate, i dati anagrafici degli stabilimenti autorizzati alla macellazione degli avicoli sono recuperati, tramite cooperazione applicativa, dal sistema "Sintesi stabilimenti".
A partire dal diciottesimo mese successivo all'entrata in vigore decreto il responsabile dello stabilimento di macellazione, direttamente o tramite persona delegata, inserisce in BDN entro 7 giorni dalla macellazione, i seguenti dati:
a) per ciascuna partita di avicoli macellati provenienti da aziende sul territorio nazionale:
- la data dell'avvenuta macellazione;
- l'identificativo della dichiarazione di provenienza e di destinazione di cui al Decreto Ministeriale 16 maggio 2007 recante "Modifica dell'allegato IV del D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317" oppure, secondo il caso, del documento di cui al Decreto 11 febbraio 2007 "Documentazione di accompagnamento al macello dei volatili da cortile, dei conigli, della selvaggina d'allevamento e dei ratiti";
- l'identificativo aziendale dell'unità produttiva di provenienza della partita;
- il numero di avicoli macellati distinti per specie;
- le informazioni per la catena alimentare (I.C.A.).

Il responsabile dello stabilimento di macellazione può recuperare, attraverso opportuni moduli informatici, le informazioni già inserite in BDN al momento della movimentazione in uscita dalla struttura di partenza della stessa partita di avicoli;
b) per ciascuna partita di avicoli proveniente da altri Stati per essere direttamente macellati sono richieste inoltre le seguenti informazioni:
- paese di provenienza;
- estremi e data del certificato sanitario.

9. Comunicazioni automatizzate

Il CSN fornisce su richiesta ai servizi veterinari locali o regionali, gli schemi operativi per l'elaborazione dei dati anche tramite utilizzo di file exel e comunica, con cadenza giornaliera, tutti i record concernenti nuove notifiche o a segnalazioni di variazioni di dati esistenti;
Inoltre il CSN comunica periodicamente agli operatori, responsabili dell'inserimento dei dati, l'elenco delle anomalie in BDN riscontrabili ex-post, al fine della loro regolarizzazione.

10. Registrazione controlli eseguiti dai servizi veterinari

Il servizio veterinario effettua verifiche periodiche inerenti alle disposizioni del presente decreto e ne registra in BDN la data, il motivo del controllo e, in caso di non conformità, gli esiti.
La frequenza e la numerosità dei controlli sono stabilite dai servizi veterinari competenti secondo la valutazione del rischio attribuita all'azienda, dal servizio stesso sulla base di parametri epidemiologici, della capacità strutturale e di altre condizioni sanitarie rilevanti.

11. Aggiornamento delle registrazioni precedenti al decreto

Le informazioni inerenti alle aziende già registrate in BDN, sono aggiornate secondo quanto previsto dal decreto stesso, entro sei mesi dalla sua entrata in vigore.
Per alcune informazioni l'aggiornamento è fatto in modo automatico dal CSN.
Per le informazioni che devono essere registrate dagli operatori responsabili dell'inserimento dei dati, la BDN segnala periodicamente le anomalie riscontrate agli interessati, per consentirne la regolarizzazione.
I servizi veterinari vigilano sul corretto aggiornamento della BDN nei termini previsti.

Le tipologie di informazioni aggiornate in modo automatico dal CSN, e l'elenco completo delle tabelle di decodifica previste per la gestione della BDN, di cui al decreto, sono pubblicate sul portale internet www.vetinfo.sanita.it.

Allegato 2

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle Linee guida per l'adozione dei piani di controllo e certificazione nei confronti della paratubercolosi bovina.

Rep. Atti n. 146/CSR del 17 ottobre 2013

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 17 ottobre 2013

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il quale prevede che questa Conferenza possa promuovere e sancire accordi tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";

VISTO il rapporto della Commissione europea SANCO/B3/R16/2000, adottato il 21 marzo 2000, che auspica lo sviluppo di strumenti atti a eradicare la paratubercolosi dalla popolazione animale;

VISTA la nota del 26 luglio 2013, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso a questo Ufficio di Segreteria la proposta di accordo in argomento;

VISTA la nota del 31 luglio 2013, con la quale la sopracitata proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota del 2 ottobre 2013, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza, ha convocato una riunione tecnica, nel corso della quale i rappresentanti regionali hanno presentato un documento con osservazioni che sono state condivise e recepite dal rappresentante del Ministero della salute;

VISTA la nota del 15 ottobre 2013, con la quale il Ministro della salute ha trasmesso all'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza la versione definitiva della proposta di accordo, che recepisce le modifiche proposte dalle Regioni;

VISTA la nota in pari data, con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso assenso sulla proposta in argomento nella versione diramata in data 15 ottobre 2013;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministro della salute recante: "Linee guida per l'adozione dei piani di controllo e certificazione nei confronti della paratubercolosi bovina", di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino

IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle Linee guida per l'adozione dei Piani di controllo e per l'assegnazione della qualifica sanitaria degli allevamenti nei confronti della Paratubercolosi bovina

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. *b)* e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, recante "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", che, all'Allegato XLVI, include il *Mycobacterium paratuberculosis* tra gli agenti biologici di categoria 2 che possono causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori;

VISTO il rapporto della Commissione europea SANCO/B3/R16/2000, adottato il 21 marzo 2000, che pur ritenendo come non definitivamente chiarito il legame tra Malattia di Crohn e paratubercolosi, auspica lo sviluppo di strumenti atti a eradicare la Paratubercolosi dalla popolazione animale;

CONSIDERATO che da studi presenti nella letteratura scientifica è dimostrato che nel nord Italia, in particolare in Lombardia e in Veneto dove è presente più della metà dell'intero patrimonio nazionale di bovini da latte, più del 70% degli allevamenti di bovini da latte è interessato dalla presenza di Paratubercolosi bovina;

VISTA la nota prot. n. 2873 del 15/02/2012 con cui il Ministero della salute, al fine di contrastare la crescente diffusione della malattia tra gli allevamenti bovini, ha stabilito di redigere un piano nazionale di controllo della Paratubercolosi bovina, incluse le procedure per l' assegnazione della qualifica sanitaria degli allevamenti, e di costituire un gruppo di lavoro con le regioni e le province autonome e il Centro di referenza nazionale per la Paratubercolosi bovina istituito presso la sezione di Piacenza dell'IZS della Lombardia e dell'Emilia Romagna;

VISTO il verbale della riunione del 25 settembre 2012 tra le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e il Centro di referenza nazionale per la Paratubercolosi, di cui alla nota prot. n. 21246 del 21/11/2012;

RAVVISATA l'esigenza che le regioni e le provincie autonome, nel predisporre i piani per il controllo e certificazione degli allevamenti nei confronti della Paratubercolosi bovina, si attengano a quanto contenuto nelle Linee guida allegate al presente accordo;

ACQUISITO il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità, Sez. IV, espresso nella seduta del 19 marzo 2013, recante la raccomandazione di tener conto, nella redazione definitiva del documento, dei punti critici formulati nella relazione allegata al parere medesimo;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

1. E' approvato il documento recante: "Linee guida per l'adozione dei Piani di controllo e per l' assegnazione della qualifica sanitaria degli allevamenti nei confronti della Paratubercolosi bovina" che, allegato al presente atto *sub* 1), ne costituisce parte integrante, al fine di:
a. raccogliere dati sull'insorgenza di casi clinici di paratubercolosi nel patrimonio bovino nazionale;
b. permettere la certificazione per il commercio consapevole degli animali e dei loro prodotti, attraverso una classificazione degli allevamenti basata sul rischio;
c. fornire agli allevatori strumenti per prevenire l'introduzione dell'infezione da *Mycobacterium avium* subsp. *paratuberculosis* nei propri allevamenti;
d. fornire agli allevatori strumenti per il controllo dell'infezione negli allevamenti infetti.

2. A tal fine, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano s'impegnano ad adottare misure sanitarie per il controllo della Paratubercolosi bovina e, in particolare, a disporre:
   a) la segnalazione al servizio veterinario locale competente dei sospetti clinici di Paratubercolosi bovina da parte dei medici veterinari pubblici e privati e dei proprietari e detentori degli animali;
   b) l'accertamento da parte del servizio veterinario locale per la conferma del sospetto clinico oggetto della segnalazione;
   c) la registrazione dei casi clinici nel Sistema Informativo delle Malattie Animali (SIMAN) del Ministero della salute;
   d) il blocco delle movimentazioni dall'allevamento interessato da casi clinici di Paratubercolosi bovina verso allevamenti da riproduzione fino all'avvenuta macellazione degli animali con forma clinica, la visita clinica sull'effettivo dell'allevamento e il controllo sierologico di tutti i bovini di età superiore a 36 mesi;
   e) la segnalazione di capi sospetti clinici di paratubercolosi da parte del Veterinario ufficiale del macello al Servizio Veterinario competente territorialmente per l'allevamento di provenienza dei capi stessi.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad assegnare ai direttori generali delle aziende sanitarie locali l'obiettivo di applicare le misure previste nel presente accordo, nell'ambito delle proprie competenze.

4. Le parti convengono che il recepimento del presente accordo è valutabile in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (rep. atti n. 2271/2005).

5. Nell'ambito del recepimento del presente accordo, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere l'adozione di piani regionali complementari, previa valutazione favorevole da parte del Centro di referenza nazionale per la paratubercolosi.

6. Il Ministero della Salute provvede ad integrare le funzionalità del Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la Sicurezza Alimentare (SINVSA) al fine della gestione informatica delle attività previste dalle Linee guida, in particolare per quanto riguarda le qualifiche sanitarie.

7. Dall'attuazione del presente accordo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e le attività previste dal presente accordo devono essere realizzate con le risorse umane, strumentali e finanziarie già previste dalla normativa vigente.

Roma, li

_____ _____

LINEE GUIDA PER L'ADOZIONE DI PIANI DI CONTROLLO E PER L'ASSEGNAZIONE DELLA QUALIFICA SANITARIA DEGLI ALLEVAMENTI NEI CONFRONTI DELLA PARATUBERCOLOSI BOVINA

1. Definizioni

Ai sensi delle presenti linee guida si intende per:

a. *Sospetto clinico di Paratubercolosi*: un caso di diarrea cronica associata a cachessia, in un bovino di età superiore a 24 mesi. Non sono sospetti clinici di paratubercolosi i bovini clinicamente sani, risultati positivi ad un test per la diagnosi di paratubercolosi.
b. *Caso clinico di Paratubercolosi*: un caso di diarrea cronica associata a cachessia, in un bovino di età superiore a 24 mesi, confermato da una prova diagnostica diretta di biologia molecolare.
c. *Piano aziendale di gestione sanitaria (PGS):* documento programmatico redatto secondo i criteri dell'allegato 1 ai fini della prevenzione o del controllo dell'infezione paratubercolare in azienda.
d. *Prova sierologica*: una prova ELISA, svolta su campioni di sangue o latte individuali dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.
e. *Prova diagnostica diretta:* una prova di biologia molecolare o colturale, svolta dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.
f. *Sieroprevalenza*: rapporto tra il numero di soggetti risultati positivi alla prova sierologica e il numero di soggetti sottoposti a prova.

2. Obiettivi

Attraverso l'applicazione di un piano di controllo e di assegnazione delle qualifiche sanitarie degli allevamenti conforme alle presenti linee guida si vogliono raggiungere i seguenti obiettivi:

a. raccogliere dati sull'insorgenza di casi clinici di paratubercolosi nel patrimonio bovino nazionale;
b. permettere la certificazione per il commercio consapevole degli animali e dei loro prodotti, attraverso una classificazione degli allevamenti basata sul rischio;
c. fornire agli allevatori strumenti per prevenire l'introduzione dell'infezione da *Mycobacterium avium* subsp. *paratuberculosis* nei propri allevamenti;
d. fornire agli allevatori strumenti per il controllo dell'infezione negli allevamenti infetti.

Parte I (punti 3-9): Misure sanitarie obbligatorie per il controllo della Paratubercolosi bovina

3. Segnalazione

a. I sospetti clinici di paratubercolosi bovina, come definiti al punto 1, lettera a, sono segnalati all'Azienda Sanitaria Locale competente da parte di:
   - medici veterinari pubblici e privati;
   - proprietari e detentori degli animali.
b. Ricevuta la segnalazione, la ASL provvede al prelievo di un campione di feci per la conferma del sospetto clinico sui capi oggetto della segnalazione.
c. La ASL competente registra i casi clinici di paratubercolosi nel Sistema Informativo sulle Malattie Animali (SIMAN) del Ministero della Salute.

4. Provvedimenti

A seguito della conferma di casi clinici di paratubercolosi, il Servizio Veterinario della ASL competente per territorio dispone nell'allevamento interessato:

a. il blocco delle movimentazioni degli animali delle specie sensibili verso altri allevamenti da riproduzione;
b. la verifica delle informazioni registrate in BDN e della corretta identificazione degli animali esistenti in allevamento;
c. l'isolamento degli animali con forma clinica, fino alla macellazione;

d. visita clinica sull'effettivo dell'allevamento ed esecuzione di un controllo sierologico su tutti i bovini di età superiore a 36 mesi. I risultati del controllo sierologico sono comunicati al proprietario/detentore per l'eventuale adozione volontaria di un piano di controllo (vedi punto 10). Vengono inoltre prescritti i limiti di movimentazione di cui al punto 8.

5. Revoca dei provvedimenti

Il blocco delle movimentazioni di cui al punto 4, lettera a, per i capi non sottoposti a prelievo o risultati negativi al controllo sierologico, viene revocato immediatamente dopo la macellazione dei soggetti con paratubercolosi in forma clinica.

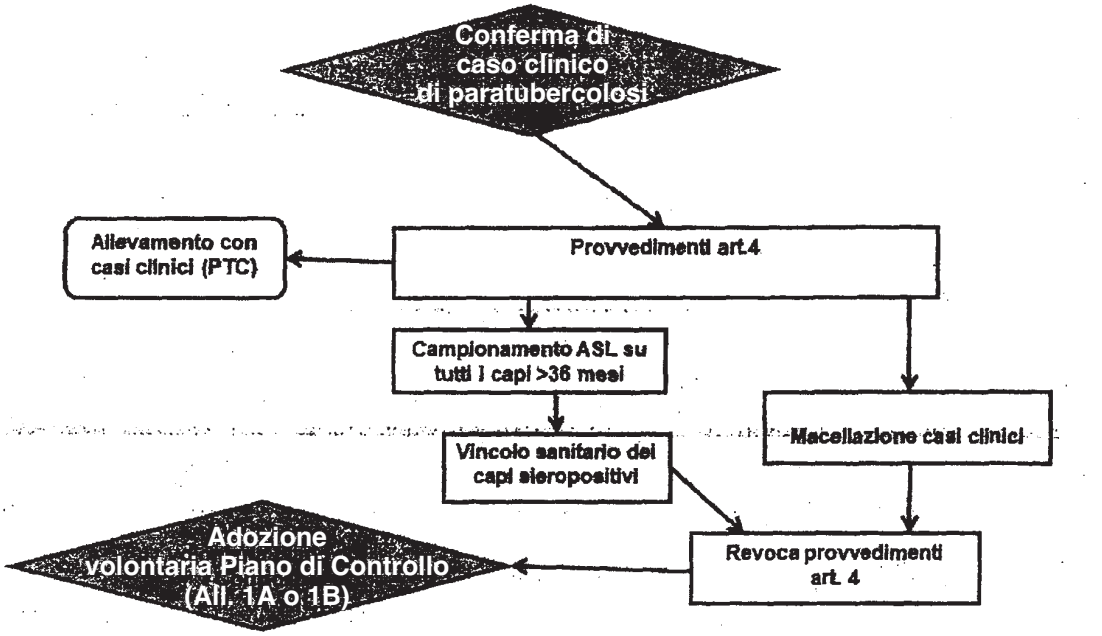


Fig. 1: Diagramma di Flusso in seguito a segnalazione di caso clinico di Paratubercolosi

6. Sorveglianza al macello

Il Veterinario ufficiale del macello, qualora alla visita *ante mortem* rilevi la presenza di un sospetto clinico di paratubercolosi, accompagnato da lesioni caratteristiche rilevate nel corso di ispezione *post-mortem*, deve comunicare al più presto il riscontro al Servizio Veterinario competente territorialmente per l'allevamento di provenienza del capo, che effettuerà le verifiche di cui al precedente punto 4, lettera b) e lett. d).

7. Qualifiche sanitarie

Entro un anno dall'approvazione delle presenti linee guida, il Servizio Veterinario ASL competente per territorio assegna, sulla base delle informazioni sanitarie agli atti, la qualifica sanitaria per la paratubercolosi ad ogni allevamento bovino, secondo lo schema di cui all'allegato 2 delle stesse linee guida.

Ad eccezione dei livelli PTC "Allevamento con casi clinici" e PT0 "Allevamento senza casi clinici" la qualifica viene assegnata su richiesta dell'allevatore. La qualifica sanitaria nei confronti della

paratubercolosi ha validità di 12 mesi e viene mantenuta se permangono i requisiti, non vengono introdotti soggetti provenienti da allevamenti con qualifiche inferiori e una prova sierologica, svolta con cadenza almeno annuale secondo uno dei protocolli di cui all'Allegato 2, ha dato esito favorevole.
Qualora non siano rispettati i requisiti per il mantenimento di cui all'Allegato 2, l'azienda perde la qualifica e assume il livello PT0 ("Allevamento senza casi clinici").
La qualifica sanitaria viene registrata nella banca dati dell'anagrafe zootecnica nazionale e mantenuta aggiornata sulla base delle informazioni agli atti del Servizio Veterinario.

8. Movimentazione animale
I soggetti senza sintomi clinici di paratubercolosi, risultati positivi a una prova sierologica o diagnostica diretta per paratubercolosi non possono essere venduti ad un'altra azienda da riproduzione.
Entro un anno dall'approvazione delle presenti linee guida, per qualsiasi movimentazione di bovini verso allevamenti da riproduzione, la qualifica sanitaria nei confronti della paratubercolosi è riportata sulla dichiarazione di provenienza .
L'introduzione di bovini provenienti da allevamenti con qualifica sanitaria per paratubercolosi inferiore alla propria comporta la perdita della qualifica ottenuta. In tal caso l'allevamento assume la qualifica dell'allevamento di provenienza degli animali introdotti.

9. Prove di laboratorio
Le prove diagnostiche per l'ottenimento ed il mantenimento della qualifica sanitaria devono essere svolte dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio.
Ad eccezione dei controlli sierologici di cui ai punti 3 e 4 che rimangono a carico del Fondo Sanitario Nazionale, i costi di tali prove sono a carico del proprietario degli animali.
Le Regioni e Province Autonome, anche tramite gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rendono disponibili i dati relativi agli esiti degli esami svolti nell'ambito dei piani di controllo e certificazione al Centro Nazionale di Referenza, secondo protocolli definiti dalla Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari del Ministero della Salute.

Parte II (punto 10): Misure volontarie - Piano aziendale di controllo negli allevamenti infetti

10. Piano aziendale di controllo
La predisposizione e l'applicazione di un piano aziendale di controllo della paratubercolosi negli allevamenti infetti è volontaria.
Il piano aziendale contiene le misure minime di cui all'allegato 1 delle presenti linee guida ed è approvato dal Servizio veterinario dell'ASL competente per territorio.

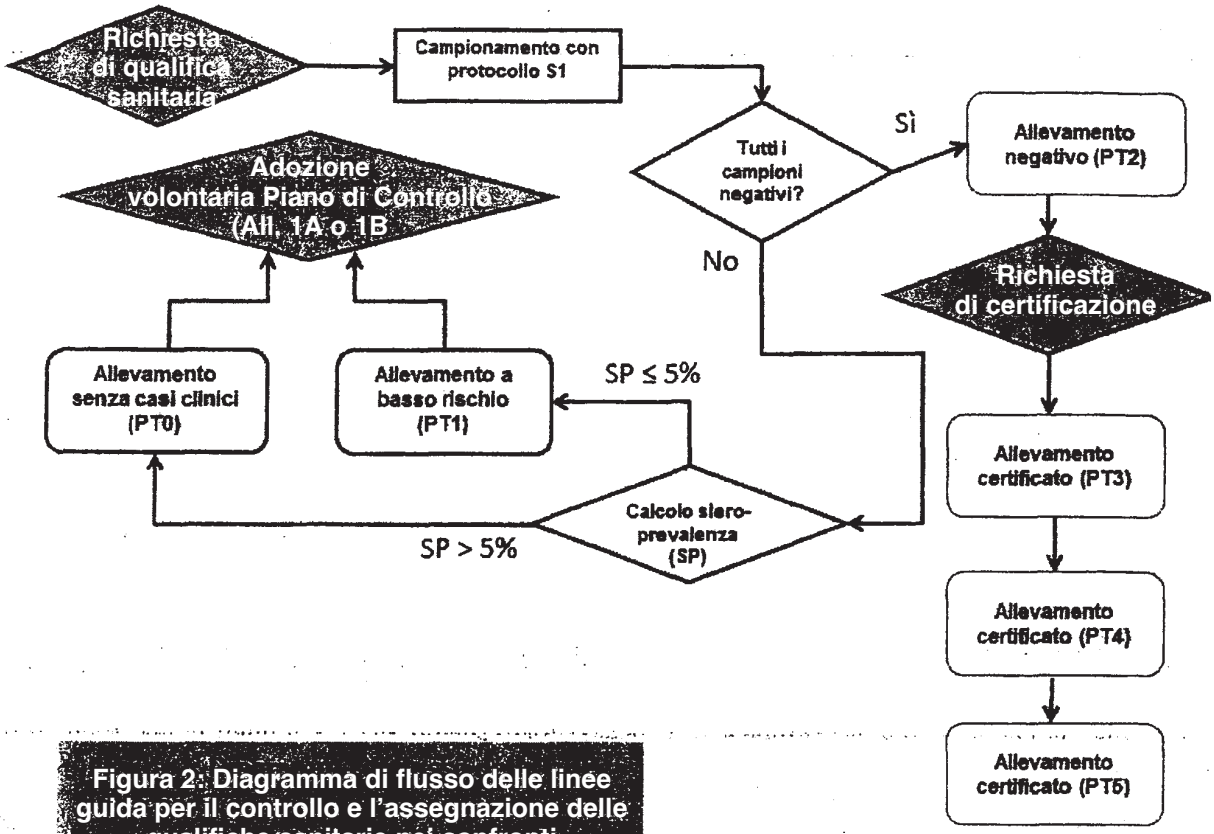


Figura 2: Diagramma di flusso delle linee guida per il controllo e l'assegnazione delle qualifiche sanitarie nei confronti della Paratubercolosi

Allegato 1 – Requisiti minimi per la stesura di un Piano aziendale di controllo nei confronti della paratubercolosi negli allevamenti infetti

Il Piano aziendale di controllo nei confronti della paratubercolosi negli allevamenti infetti è basato sulla valutazione del rischio di introduzione e diffusione dell'infezione in allevamento, utilizzando, a seconda dell'indirizzo produttivo dell'allevamento, i seguenti strumenti, predisposti dal Centro Nazionale di referenza per la Paratubercolosi e disponibili sul relativo sito (http://www.izsler.it/izs_bs/s2magazine/index1.jsp?idPagina=441):

- Allegato 1A: Manuale per il controllo della Paratubercolosi negli allevamenti di bovine da latte
- Allegato 1B: Manuale per il controllo della Paratubercolosi negli allevamenti di bovine da carne (linea vacca-vitello)

Allegato 2 – Qualifiche sanitarie degli allevamenti bovini

Qualifiche sanitarie degli allevamenti

Sono previste le seguenti qualifiche sanitarie nei confronti della paratubercolosi

Livello	Descrizione	Requisiti per l'ottenimento della qualifica	Requisiti per il mantenimento della qualifica
PTC	Allevamento con casi clinici	- segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi	- segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi
PT0	Allevamento senza casi clinici	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi
PT1	Allevamento a basso rischio	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - sieroprevalenza uguale o inferiore al 5% a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - sieroprevalenza uguale o inferiore al 5% a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1 negli ultimi 12 mesi
PT2	Allevamento negativo	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - nessuna sieropositività a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - nessuna sieropositività a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1 negli ultimi 12 mesi
PT3	Allevamento certificato (livello PT3)	- possedere qualifica PT2 da almeno 24 mesi, - nessuna segnalazione di casi clinici, e - nessuna sieropositività a un controllo svolto secondo il protocollo S2	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - nessuna sieropositività a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1 negli ultimi 12 mesi
PT4	Allevamento certificato (livello PT4)	- possedere qualifica PT3 da almeno 12 mesi, - nessuna segnalazione di casi clinici, e - nessuna sieropositività a un controllo svolto secondo il protocollo S2	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - nessuna sieropositività a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1 negli ultimi 12 mesi
PT5	Allevamento certificato (livello PT5)	- possedere qualifica PT4 da almeno 12 mesi, - nessuna segnalazione di casi clinici, e - nessuna sieropositività a un controllo svolto secondo il protocollo S2	- nessuna segnalazione di casi clinici negli ultimi 12 mesi, e - nessuna sieropositività a un controllo a campione svolto almeno secondo il protocollo S1 negli ultimi 12 mesi

Protocolli per il controllo sierologico degli allevamenti
A seconda che si voglia acquisire o mantenere una delle qualifiche sanitarie previste dal piano nazionale di controllo, sono adottati due diversi protocolli di campionamento.

Protocollo S1
Il protocollo S1 permette l'acquisizione delle qualifiche sanitarie fino a PT2.
Se svolto con cadenza almeno annuale permette il mantenimento della qualifica ottenuta (da PT1 a PT5).
Tale protocollo prevede il controllo sierologico di tutti i bovini riproduttori maschi di età superiore a 24 mesi, di tutti i bovini di età superiore a 24 mesi acquistati negli ultimi 12 mesi e su un campione di bovini femmina di età superiore a 36 mesi nati in azienda, nel numero riportato nella seguente tabella:

N. vacche >36 mesi presenti	N. vacche > 36 mesi da esaminare
1 - 41	Tutte
42 - 50	41
51 - 60	49
61 - 100	55
101 - 300	62
301- 500	63
>500	65

Tale protocollo permette di rilevare, con una confidenza dell'85%, gli allevamenti con prevalenza superiore al 5%, considerando l'impiego di un test con sensibilità del 58%.
Il controllo può essere indifferentemente svolto su campioni di sangue o di latte individuale.
Interpretazione dei risultati:

- Tutti i campioni danno esito negativo: all'allevamento può essere assegnata la qualifica PT2. In caso di allevamenti già in possesso di qualifica superiore a PT2, la qualifica viene mantenuta.
- Uno o più campioni danno esito positivo: è necessario calcolare la sieroprevalenza (capi positivi / capi testati x 100). In caso di sieroprevalenza uguale o inferiore a 5%, può essere assegnata la qualifica PT1; in caso di sieroprevalenza superiore a 5 %, viene assegnata la qualifica PT0.

In caso di sieropositività in allevamenti già in possesso di qualifica PT3 o superiore, è opportuno, prima dell'aggiornamento della qualifica, procedere ad esami diagnostici diretti sui capi sieropositivi. Se i soggetti sieropositivi risultano negativi all'esame diretto sulle feci, i capi sono considerati negativi, ma devono essere inclusi nel campionamento dell'anno successivo, se ancora presenti in allevamento.

Protocollo S2
Il protocollo S2 permette l'acquisizione della qualifica di allevamento certificato (da PT3 a PT5).
Tale protocollo prevede il controllo sierologico su tutti i bovini femmina di età superiore a 36 mesi, su tutti i bovini riproduttori maschi di età superiore a 24 mesi e tutti i riproduttori di età superiore a 24 mesi introdotti negli ultimi 12 mesi.
Il controllo può essere indifferentemente svolto su campioni di sangue o di latte individuale.
La qualifica sanitaria viene assegnata/mantenuta se tutti i campioni prelevati danno esito negativo alle prove diagnostiche.
In caso di sieropositività in allevamenti con qualifica PT3 o superiore, è opportuno, prima dell'aggiornamento della qualifica, procedere ad esami diagnostici diretti sui capi sieropositivi.
Se i soggetti sieropositivi risultano negativi all'esame diretto sulle feci, i capi sono considerati negativi, ma devono essere inclusi nel campionamento dell'anno successivo, se ancora presenti in allevamento.

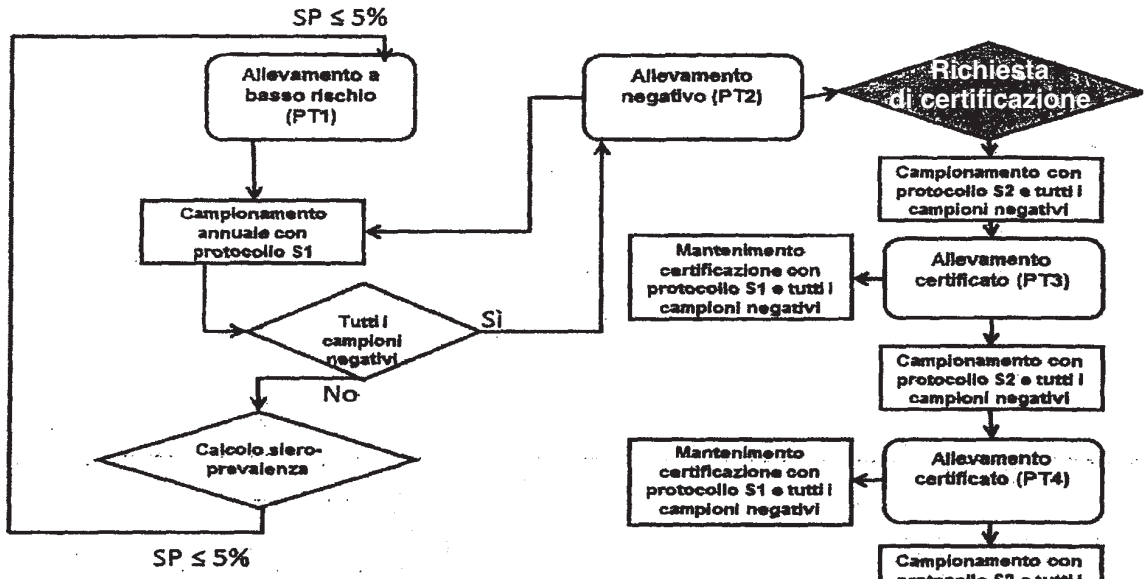


Figura 2: Diagramma di flusso per l'assegnazione e il mantenimento delle qualifiche sanitarie per Paratubercolosi (Allegato 2)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2568

Integrazione D.G.R. n.1714/2011 "Accordo tra Regione Puglia e Federfarma Puglia per la erogazione di ausili per diabetici a prezzo concordato, attraverso la rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private" e D.G.R n. 20/2009 "Rimodulazione DD.GG.RR. n. 362/05 e 1027/06 adozione definitiva note AIFA anni 2006,2007 e 2008".

L'Assessore al Welfare riferisce, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore, dal responsabile P.O. e dal responsabile A.P. dell' Ufficio Politiche del Farmaco e della Emergenza Urgenza, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, quanto segue:

la Giunta Regionale con deliberazione del 23.07.2011 n. 1714 "Accordo tra Regione Puglia e Federfarma Puglia per la erogazione di ausili per diabetici a prezzo concordato, attraverso la rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private." ha approvato l'Accordo sottoscritto tra Regione Puglia e Federfarma Puglia e Distributori Intermedi per l'erogazione degli ausili per diabetici a prezzo unico, tra i quali figurano gli aghi per penna da insulina ma non sono stati ricompresi gli aghi per i farmaci attivi sul sistema delle "Incretine".

Con precedente provvedimento di Giunta Regionale n. 20 del 20.01.2009 "Rimodulazione DD.GG.RR. n. 362/05 e 1027/06 adozione definitiva note AIFA anni 2006,2007 e 2008" sono stati, tra l'altro, individuati i Centri autorizzati alla redazione del Piano Terapeutico per i seguenti principi attivi Insuline, Glargine, Detemir.

La Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), con successive determinazioni, ha previsto che la prescrizione (RRL - ricetta ripetibile limitativa), a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), dei farmaci attivi sul sistema delle "Incretine", è soggetta a diagnosi e Piano Terapeutico web based rinnovabile ogni sei mesi da parte dei Centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuati dalle Regione.

Pertanto, si propone:

1. di inserire i farmaci attivi sul sistema delle Incretine, in monoterapia e in associazione, nell'allegato 1 del provvedimento di Giunta regionale n. 20 del 20.01.2009, pubblicata sul BURP n. 24 del 11.02.2009, pagina 2244, tra i principi attivi indicati per i pazienti affetti da diabete;
2. di ricomprendere tra gli ausili per diabetici anche gli aghi per iniettori a penna per la somministrazione di farmaci attivi sul sistema delle "Incretine", alle stesse condizioni e modalità di cui alla DGR 1714/2011.

COPERTURA FINANZIARIA Ai sensi della L.R. n.28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.

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

Il Dirigente di Servizio Dott.ssa
Giovanna Labate

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

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

LA GIUNTA

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

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

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

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

di integrare i principi attivi indicati per i pazienti affetti da diabete, presenti nell'allegato 1 del prov-

vedimento di Giunta regionale n. 20 del 20.01.2009, pubblicato sul BURP n. 24 del 11.02.2009, pagina 2244, con i farmaci attivi sul sistema delle Incretine, in monoterapia e in associazione;

di integrare la D.G.R. n.1714/2011 con gli aghi per iniettori a penna per la somministrazione dei farmaci attivi sul sistema delle "Incretine", alle stesse condizioni e modalità di distribuzione a prezzo unico concordato degli aghi da insulina;

di disporre la notifica del presente provvedimento, a cura del servizio PATP alle Aziende ASL ed Aziende Ospedaliere di tutto il territorio regionale e per il loro tramite ai Centri prescrittori interessati, alla Federfarma Puglia e alle Federfarma provinciali, ai Depositari intermedi;

di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2569

Proroga DGR n. 1410/2013 - Accordo Regionale - FEDERFARMA sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art. 8 lett. a) della Legge 405/2001.

L'Assessore al Welfare riferisce, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario P.O., dal Funzionario AP dell'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza Urgenza, confermata dal Dirigente dell' Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, quanto segue:

con deliberazione n. 203/02 punto 2 lett. a) la Giunta regionale, nel rispetto di quanto disposto nell'art. 8 lett. a) della L. 405/01, ha previsto, per i medicinali e presidi sanitari distribuiti con duplice via il ricorso a forme di dispensazione ex L. n. 405/01 avvalendosi della rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio e dei distributori intermedi con sedi operative già presenti nel territorio regionale, secondo le modalità da concordarsi con le OO.SS. e rappresentanti degli stessi, con un corrispettivo per i servizi prestati da questi non superiore complessivamente al 17% del prezzo al pubblico IVA esclusa. Per gli accordi e stipula di dette convenzioni è stato dato incarico con il medesimo atto all'ARES;

con delibera del 25/05/2010 n. 1235 è stata disposta la revoca dei precedenti Accordi, di cui ai provvedimenti giuntali n. 1721/2005 e n. 151672007, sottoscritti tra la Regione - Federfarma sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art. 8 lett.a) ed è stato ratificato il nuovo Accordo tra Regione ARES Puglia e Federfarma Puglia con scadenza 30 giugno 2013;

con Delibera del 23/07/2013 n. 1410 è stata disposta la proroga fino al 31 dicembre 2013 dell'Accordo di cui alla già citta DGR 1235/2010;

valutato che il processo di ridefinizione dell'Accordo è stato già avviato nella riunione della Commissione paritetica PHT del giorno 02 ottobre 2013, ed è tutt'ora in fase di implementazione;

valutato che al momento, é in corso la convocazione delle parti per meglio definire le migliorie da apportare all'Accordo medesimo, al fine di non arrecare disagio ai pazienti e garantire la continuità terapeutica, si è dell'avviso di prorogare ulteriormente l'accordo fino al 31 marzo 2014.

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

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

Il Dirigente di Servizio
Dott.ssa Giovanna Labate

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

LA GIUNTA

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

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile A.P., dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e dal Dirigente dell'Area;

a voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

di prorogare l'Accordo di cui alla precitata DGR 1410/2013 " proroga DGR 1235/2010 Accordo Regionale Federfarma sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art 8 lett. a) della Legge 405/2001 " fino al 31 marzo 2014, fatti salvi tutti i provvedimenti adottati in riferimento alla Distribuzione Diretta di alcune specialità medicinali;

di disporre che il presente atto sia notificato, a cura del Servizio PATP, al Ministero della Salute, all'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA), ai Direttori Generali delle ASL, AO, Rappresentanti legali IRCCS, EE della Regione Puglia, alla Federfarma Provinciali Rappresentanti legali della Distribuzione intermedia firmatari dell' Accordo, Assofarm A.Re.S. Puglia

di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2574

Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR 1588/2012.Comune di Veglie.

L'Assessore al Lavoro Leo Caroli, sulla base dell'istruttoria espletata dall'istruttore Rubino Carmela, verificata dalla responsabile P.O. Maria Luisa Monfreda, confermata dal Dirigente d'Ufficio Lella Giuseppe e dalla Dirigente del Servizio Lavoro Luisa Anna Fiore, riferisce quanto di seguito:

Premesso che:

- con deliberazione n. 1588/2012 la Giunta Regionale ha previsto un contributo a favore dei Comuni per consentire un aumento orario dell'utilizzo dei lsu di massimo 16 ore settimanali previa presentazione di apposito progetto;
- con Atto Dirigenziale n. 1830 del 29/11/2012 si è provveduto a liquidare al Comune di Veglie la somma di € 501,76 quale anticipazione del contributo per l'aumento orario dei lsu impegnati nel progetto presentato dal Comune, con riserva di liquidare la II tranche e/o il saldo eventuale a conclusione del progetto con rendicontazione delle ore effettivamente lavorate;
- dalla rendicontazione delle ore effettivamente prestate dai lsu del Comune di Veglie, è risultato un costo totale del progetto pari a € 376,32 e quindi inferiore all'importo liquidato come anticipo;
- con D.D. 441 del 28/06/2013 si è reso necessario procedere al recupero della differenza tra anticipazione liquidata e costo complessivo del progetto rendicontato pari a € 125,44;
- con nota prot. AOO_116 14036 del 16/09/2013 l'Ufficio Entrate del Servizio Bilancio e Ragioneria ha comunicato a questo Servizio di aver imputato al cap. 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" con la reversale n. 6141/2013 la somma di € 125,44, in attesa di reiscrivere tali risorse nel capitolo di competenza;

Tanto premesso si rende necessario procedere alla regolarizzazione contabile della somma complessivamente riscossa pari a € 125,44 e apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. n.28/2001, la conseguente variazione in aumento al Bilancio regionale 2013 con imputazione di somme temporaneamente introitate sul capitolo n.6153300 e da iscrivere, in termini di competenza e cassa, sul capitolo di entrata 2056000 e sul corrispondente capitolo di spesa 953070 come da indicazioni del Servizio Bilancio e Ragioneria Ufficio Entrate con mail del 26/11/2013

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

Somme riscosse imputate sul cap. di entrata 6153300/2013 in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione.

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

U.P.B. 2.1.19
PARTE ENTRATA Cap. 2056000 Variazione in aumento
Assegnazione statale a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999
Competenza + € 125,44
Cassa + € 125,44

U.P.B. 2.5.2
PARTE SPESA Cap. 953070 Variazione in aumento
Spesa a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999 - Fondo per l'Occupazione
Competenza + € 125,44
Cassa + € 125,44

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

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1) di prendere atto e di approvare quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

2) di apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. 28/2001, in termini di competenza e cassa, la variazione in aumento al bilancio 2013 iscrivendo le maggiori risorse ammontanti a € 125,44 nei capitoli di entrata n. 2056000 e di spesa n. 953070;

3) di autorizzare il Servizio Bilancio e Ragioneria a provvedere alla regolarizzazione contabile della somma rimborsata;

4) di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2575

Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR 1588/2012. Comune Castrì di Lecce.

L'Assessore al Lavoro Leo Caroli, sulla base dell'istruttoria espletata dall'istruttore Rubino Carmela, verificata dalla responsabile P.O. Maria Luisa Monfreda, confermata dal Dirigente d'Ufficio Lella Giuseppe e dalla Dirigente del Servizio Lavoro Luisa Anna Fiore, riferisce quanto di seguito:

Premesso che:
- con deliberazione n. 1588/2012 la Giunta Regionale ha previsto un contributo a favore dei Comuni per consentire un aumento orario dell'utilizzo dei lsu di massimo 16 ore settimanali previa presentazione di apposito progetto;
- con Atto Dirigenziale n. 1773 del 28/11/2012 si è provveduto a liquidare al Comune di Castrì di Lecce la somma di € 2.365,44 quale anticipazione del contributo per l'aumento orario dei lsu impegnati nel progetto presentato dal Comune, con riserva di liquidare la II tranche e/o il saldo eventuale a conclusione del progetto con rendicontazione delle ore effettivamente lavorate;
- dalla rendicontazione delle ore effettivamente prestate dai lsu del Comune di Castrì di Lecce, è

risultato un costo totale del progetto pari a € 1.576,96 e quindi inferiore all'importo liquidato come anticipo;
- con D.D. 442 del 28/06/2013 si è reso necessario procedere al recupero della differenza tra anticipazione liquidata e costo complessivo del progetto rendicontato pari a € 788,48;
- con nota prot. 14941 del 02/10/2013 l'Ufficio Entrate del Servizio Bilancio e Ragioneria ha comunicato a questo Servizio di aver imputato al cap. 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" con la reversale n. 6523/2013 la somma di € 788,48, in attesa di reiscrivere tali risorse nel capitolo di competenza;

Tanto premesso si rende necessario procedere alla regolarizzazione contabile della somma complessivamente riscossa pari a € 788,48 e apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. n.28/2001, la conseguente variazione in aumento al Bilancio regionale 2013 con imputazione di somme temporaneamente introitate sul capitolo n. 6153300 e da iscrivere, in termini di competenza e cassa, sul capitolo di entrata 2056000 e sul corrispondente capitolo di spesa 953070 come da indicazioni del Servizio Bilancio e Ragioneria Ufficio Entrate con mail del 26/11/2013.

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

Somme riscosse imputate sul cap. di entrata 6153300/2013 in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione.

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

U.P.B. 2.1.19
PARTE ENTRATA Cap. 2056000 Variazione in aumento
Assegnazione statale a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999

Competenza	+ € 788,48
Cassa	+ € 788,48

U.P.B. 2.5.2
PARTE SPESA Cap. 953070 Variazione in aumento
Spesa a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999 - Fondo per l'Occupazione

Competenza	+ € 788,48
Cassa	+ € 788,48

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

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1) di prendere atto e di approvare quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

2) di apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. 28/2001, in termini di competenza e cassa, la variazione in aumento al bilancio 2013 iscrivendo le maggiori risorse ammontanti a € 788,48 nei capitoli di entrata n. 2056000 e di spesa n. 953070;

3) di autorizzare il Servizio Bilancio e Ragioneria a provvedere alla regolarizzazione contabile della somma rimborsata;

4) di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2576

Variazione di bilancio. Parziale restituzione contributo LSU liquidato nel 2012 ai sensi della DGR. 1588/2012. Comune di Ceglie Messapica.

L'Assessore al Lavoro Leo Caroli, sulla base dell'istruttoria espletata dall'istruttore Rubino Carmela, verificata dalla responsabile P.O. Maria Luisa Monfreda, confermata dal Dirigente d'Ufficio Lella Giuseppe e dalla Dirigente del Servizio Lavoro Luisa Anna Fiore, riferisce quanto di seguito:

Premesso che:

- con deliberazione n. 1588/2012 la Giunta Regionale ha previsto un contributo a favore dei Comuni per consentire un aumento orario dell'utilizzo dei lsu di massimo 16 ore settimanali previa presentazione di apposito progetto;
- con Atto Dirigenziale n. 1777 del 28/11/2012 si è provveduto a liquidare al Comune di Ceglie Messapica la somma di € 27.023,36 quale anticipazione, con riserva di liquidare la II tranche e/o il saldo eventuale a conclusione del progetto con rendicontazione delle ore effettivamente lavorate;
- dalla rendicontazione delle ore effettivamente prestate dai lsu del Comune di Ceglie Messapica, è risultato un costo totale del progetto pari a € 8.388,60 e quindi inferiore all'importo liquidato come anticipo;
- con D.D. 499 del 08/07/2013 si è reso necessario procedere al recupero della differenza tra anticipazione liquidata e costo complessivo del progetto rendicontato pari a € 18.634,76;
- con nota prot. AOO_116 15844 del 17/10/2013 l'Ufficio Entrate del Servizio Bilancio e Ragioneria ha comunicato a questo Servizio di aver imputato al cap. 6153300 "Somme riscosse in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione" con la reversale n. 6987/2013 la somma di € 18.634,76, in attesa di iscrivere tali risorse nel capitolo di competenza;

Tanto premesso si rende necessario procedere alla regolarizzazione contabile della somma complessivamente riscossa pari a € 18.634,76 e apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. n.28/2001, la conseguente variazione in aumento al Bilancio regionale 2013 con imputazione di somme temporaneamente introitate sul capitolo n.6153300 e da iscrivere, in termini di competenza e cassa, sul capitolo di entrata 2056000 e sul corrispondente capitolo di spesa 953070 come da indicazioni del Servizio Bilancio e Ragioneria Ufficio Entrate con mail del 26/11/2013.

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

Somme riscosse imputate sul cap. di entrata 6153300/2013 in conto sospeso in attesa di definitiva imputazione.

Il presente provvedimento comporta la seguente variazione di bilancio in termini di competenza e cassa: U.P.B. 2.1.19

PARTE ENTRATA Cap. 2056000 Variazione in aumento
Assegnazione statale a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999

Competenza	+ € 18.634,76
Cassa	+ € 18.634,76

U.P.B. 2.5.2
PARTE SPESA Cap. 953070 Variazione in aumento
Spesa a destinazione vincolata progetti LSU art. 45 co. 6 L. 144/1999 - Fondo per l'Occupazione

Competenza	+ € 18.634,76
Cassa	+ € 18.634,76

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

LA GIUNTA REGIONALE

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

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte dell'istruttore, dalla Responsabile P.O. e dal Dirigente d'Ufficio e dal Diri-

gente del Servizio che ne attestano la conformità alla legislazione vigente;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1) di prendere atto e di approvare quanto esposto in narrativa e che qui si intende integralmente riportato;

2) di apportare, ai sensi dell'art. 72 della L.R. 28/2001, in termini di competenza e cassa, la variazione in aumento al bilancio 2013 iscrivendo le maggiori risorse ammontanti a € 18.634,76 nei capitoli di entrata n. 2056000 e di spesa n. 953070;

3) di autorizzare il Servizio Bilancio e Ragioneria a provvedere alla regolarizzazione contabile della somma rimborsata;

4) di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. 28/01.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2577

Finanziamento Ministero della Salute per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284 - ANNO 2011 - Iscrizione a bilancio.

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute ha assegnato a favore della Regione Puglia la somma di € 127.993,05 per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284**,** art. 2 in riferimento all'anno 2011.

L'assegnazione della predetta somma è stata eseguita tenendo conto dei requisiti di cui al Decreto ministeriale del 18 dicembre 1997 ed in base all'accordo sancito in Conferenza Stato - Regioni/Province autonome del 20 maggio 2004 (repertorio atti n. 2014) concernente le "Attività dei Centri per l'educazione e riabilitazione visiva e criteri di ripartizione delle risorse di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 284.

Il Servizio Bilancio e Ragioneria ha richiesto la regolarizzazione contabile dei predetti fondi accreditati per un totale di € 127.993,05 (provv. entrata 2665/2013).

Tenuto conto che lo stanziamento in questione versato dal Ministero della Salute è da ritenere assegnazione vincolata alle specifiche attività innanzi indicate, si rende necessario apportare, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/12, la conseguente variazione in aumento dello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento di € 127.993,05 ai capitoli 2035779 (Entrate) e n. 721029 (Spese) - U.P.B. 5.6.1.

Per effetto di quanto sopra, si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2013 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per iscrizione in entrata riveniente dal finanziamento ministeriale pari ad € 127.993,05 per la "prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284**,** art. 2", ai sensi della L.R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/12, va disposta in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, ai capitoli n. 2035779 per le entrate e n. 721029 per le spese U.P.B. 5.6.1.

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, la seguente variazione dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2013 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa e versato alla Regione Puglia:

   Parte I Entrata - variazione in aumento capitolo n. 2035779
   F.S.N. parte corrente vincolata - Assegnazione statale "per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284"
   COMPETENZA € 127.993,05
   CASSA € 127.993,05

   Parte II Spesa - variazione in aumento capitolo n. 721029 U.P.B. 5.6.1
   Trasferimenti alle ASL "per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284"
   COMPETENZA € 127.993,05
   CASSA € 127.993,05

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

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2578

Legge n. 91/1999, art. 10 - Art. 2-ter, comma 3, del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 convertito in legge dall'art. 1 della legge 26 maggio 2004, n. 138 - Finanziamenti Ministeriali anno 2012- Iscrizione al bilancio.

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute, per le attivita' dei centri di riferimento interregionali per i trapianti, di cui all'articolo 10 della legge 1° aprile 1999, n. 91, - Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, ha autorizzato gli ulteriori fondi di cui all'art. 2-ter, comma 3, del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 convertito in legge dall'art. 1 della legge 26 maggio 2004, n. 138 destinati alle aziende sanitarie o agli istituti di ricerca ove hanno sede i centri interregionali, per le spese di funzionamento del centro, in riferimento all'anno 2012 (capitolo ministeriale 4387 PG1).

In particolare, per la Regione Puglia, il fondo accreditato è pari ad € 11.501,67.

Con nota n. AOO_116/4657 del 26/03/2013 il Servizio Bilancio e Ragioneria ha richiesto la regolarizzazione contabile dei predetti fondi accreditati sul conto corrente che la Regione puglia intrattiene presso la Tesoreria provinciale dello Stato sezione di Bari.

Tenuto conto che lo stanziamento in questione versato dal Ministero della Salute è da ritenere assegnazione vincolata alle specifiche attività innanzi indicate, si rende necessario apportare, ai sensi della L.R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/1212, la conseguente variazione in aumento dello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento di € 11.501,67 ai capitoli ai capitoli 2035759 (Entrate) e

n. 751070 (Spese) allocati, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Per effetto di quanto sopra, si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2013 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per iscrizione in entrata riveniente dal finanziamento ministeriale pari ad € 11.501,67 di cui all'art. 2-ter, comma 3, del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 convertito in legge dall'art. 1 della legge 26 maggio 2004, n. 138, ai sensi della L.R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/1212, va disposta in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, ai capitoli n. 2035759 per le entrate e n. 751070 per le spese da allocare, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, la seguente variazione dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2013 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa e versato alla Regione Puglia:

Parte I Entrata - variazione in aumento capitolo n. 2035759 U.P.B. 2.1.15
F.S.N. parte corrente vincolata - Assegnazioni statali per disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti ai sensi della L. n. 91/1999

COMPETENZA	**€ 11.501,67**
CASSA	**€ 11.501,67**

Parte II Spesa - variazione in aumento capitolo n. 751070 U.P.B. 5.6.1
F.S.N. parte corrente vincolata - Spese per l'istituzione ed il funzionamento dei centri regionali ed interregionali per i trapianti

COMPETENZA	**€ 11.501,67**
CASSA	**€ 11.501,67**

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

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2579

Legge 2 febbraio 2006, n. 31 "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto", artt. 2 e 3 - Finanziamenti Ministeriali - Anno 2013 - Iscrizione al bilancio.

L'Assessore al Welfare relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", dal Dirigente dell'Ufficio n. 3 e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce:

Il Ministero della salute, in attuazione della legge 2 febbraio 2006, n. 31 "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto", artt.2 e 3 ha assegnato i relativi fondi per l'anno 2013.

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

1. **€ 118,37** con causale "Liquidazione riparto fondi SIDS L.31/06;
2. **€ 122,47** con causale "Trasferimenti alle Regioni fondi SIDS L.31/06;

Il finanziamento in acconto ammonta ad **€ 240,84.**

Il Servizio Bilancio e Ragioneria ha richiesto la regolarizzazione contabile (provv. Entrata n. 2285/13 e n. 2308/13) dei predetti fondi accreditati sul conto corrente che la Regione puglia intrattiene presso la tesoreria Provinciale dello Stato sezione di Bari.

Tenuto conto che lo stanziamento in questione versato dal Ministero della Salute è da ritenere assegnazione vincolata alle specifiche attività innanzi indicate, si rende necessario apportare, ai sensi della L.R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/1212, la conseguente variazione in aumento dello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, iscrivendo il predetto stanziamento di € 240,84 ai capitoli 2035784 (Entrate) e n. 735784 (Spese) allocati, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Per effetto di quanto sopra, si propone all'esame della Giunta regionale il presente provvedimento di variazione al bilancio di previsione 2013 considerata l'entrata certa di cui innanzi.

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

La variazione di bilancio, oggetto del presente provvedimento, occorrente per iscrizione in entrata riveniente dal finanziamento ministeriale pari ad € 240,84 di cui alla legge 2 febbraio 2006, n. 31, ai sensi della L.R. n. 28/01 e con riferimento all'art. 12, comma 2, della L.R. n. 46/1212, va disposta in aumento nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2013 della Regione Puglia, ai capitoli n. 2035784 per le entrate e n. 735784 per le spese da allocare, rispettivamente, alle U.P.B. 2.1.15 (Entrate) e 5.6.1 (Spese).

Il Dirigente d'Ufficio
Vito Parisi

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

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

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di introdurre, ai sensi della vigente normativa, la seguente variazione dello stato di previsione del bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2013 in conseguenza del finanziamento ministeriale indicato in narrativa e versato alla Regione Puglia:

   Parte I Entrata - variazione in aumento capitolo n. 2035784 U.P.B. 2.1.15

   F.S.N. parte corrente vincolata - Proventi inerenti la disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) di morte inaspettata del feto - L. n.31 del 02/02/2006 art. 1 e 2

COMPETENZA	**€ 240,84**
CASSA	**€ 240,84**

   Parte II Spesa - variazione in aumento capitolo n. 735784 U.P.B. 5.6.1

   F.S.N. parte corrente vincolata - Trasferimento al Centro di riferimento per il riscontro diagnostico

sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) di morte inaspettata del feto - L. n.31 del 02/02/2006 art. 1 e 2
COMPETENZA € 240,84
CASSA € 240,84

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

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2580

Revoca D.G.R. nn. 1111 del 19.05.2011 e n. 1228 del 31.05.2011. Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di ASMA e BPCO (PDT).

L'Assessore al Welfare riferisce, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario P.O. e dal funzionario A.P. dell' Ufficio Politiche del Farmaco e della Emergenza Urgenza, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, quanto segue:

la Giunta Regionale con deliberazione del 19.05.2011 n. 1111 ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico per la cura e la diagnosi delle ASMA e BPCO, con successivo provvedimento n. 1228/2011 sono state apportate delle integrazioni a tale PDT. L'adozione di detti provvedimenti è scaturita:
- da una valutazione della spesa farmaceutica dei farmaci del sistema respiratorio significativamente più elevata rispetto alla media nazionale che nel 2009 ha fatto registrare un disallineamento della Puglia nei confronti del dato nazionale del 19%;
- dalle azioni da adottare in sintonia con quanto stabilito con L.R. n.23 del 19 settembre 2008 "Piano Regionale di Salute 2008 2010";
- dal limite da porre a carico del SSN pari al 13% della spesa sanitaria per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale limite non rispettato dalla Regione Puglia.

I dati di spesa farmaceutica convenzionata pro capite per ATC - R (farmaci respiratori) evidenziano nel 2012 (dati OSMED) per la Regione Puglia un valore pari a 20,7 euro, superiore al dato medio nazionale di 17,8 euro e in linea con quello del Sud e Isole pari a 20,6. Inoltre, la distribuzione regionale per la classe ATC - R delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata nel 2012 (dati OSMED) evidenzia un valore di 59,5 superiore al dato medio nazionale di 48,3 e in linea con quello del Sud e Isole di 58,6.

Dall'analisi dei dati di spesa su riportati risulta che gli obiettivi prefissati con il PDT con particolare riferimento alla Bronco - pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), di cui alla DGR n.1111/2011 non sono stati completamente raggiunti, anche in ragione del fatto che si sono registrate sia delle aree di inappropriatezza diagnostica e prescrittiva e sia una scarsa attenzione alla prevenzione e al trattamento delle riacutizzazioni. Inoltre, altro elemento da tenere in debita considerazione è il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del SSN che con la legge n.135 del 07.08.2012, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto - legge 6 luglio 2012, n. 95 (spending review), all'art. 15 comma 3 è stato rideterminato nella misura dell'11,35% e il tetto di spesa ospedaliera è stato rideterminato nella misura del 3,5 per cento.

Pertanto, visto il Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di BPCO elaborato da AReS Puglia e dei nuovi percorsi proposti da AIPO Puglia, SIMeR Puglia, SIMG Puglia, condiviso dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva, nella riunione del 15 ottobre 2013, al fine di perseguire gli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica per farmaci respiratori, garantire: una maggiore aderenza alle Linee guida nazionali ed internazionali validate, una appropriatezza di ricovero e trattamento, e una semplificazione degli atti amministrativi si propone:
a) di revocare il provvedimento di Giunta regionale n. 1111/2011 e successiva modificazione n.1228/2011, anche per la parte relativa all'ASMA che sarà, comunque riportata integralmente con il nuovo PDT della BPCO
b) approvare il nuovo Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di BPCO e ASMA (PDT) di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale al presente provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA Ai sensi della L.R. n.28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.

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

Il Dirigente di Servizio Dott.ssa
Giovanna Labate

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

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

LA GIUNTA

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

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

a voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

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

- di revocare il provvedimento di Giunta regionale n. 1111/2011 "percorsi per la diagnosi e la cura delle bronco - pneumopatie;

- di recepire il "Percorso Diagnostico Terapeutico sia per la cura e la diagnosi delle BPCO che ASMA, di cui all'allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di disporre che i Servizi farmaceutici delle ASL, congiuntamente all'Ufficio Aziendale di cure primarie, dovranno vigilare sull'effettiva applicazione di tale Percorso Diagnostico Terapeutico evidenziando eventuali criticità prescrittive e organizzative, da trasmette all'Ufficio Politiche del farmaco

- di prevedere che, il Percorso Diagnostico Terapeutico, di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente atto, deve essere sottoposto a verifica periodica da parte della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva;

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

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 13/94.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

ALLEGATO A

Percorso Diagnostico Terapeutico per la diagnosi e la terapia di ASMA e BPCO

LEGENDA

AIFA: Agenzia Italiana del Farmaca

ATC-R: Anatomical Therapeutic Chemical - Respiratory

BMI: Indice di massa corporea

BODE: Acronimo (B: indice di massa corporea O:obstruction D: dispnea E: exercise)

BPCO: Broncopneumopatia cronica ostruttiva

CAT: COPD Assessment Test

CVF: Capacità vitale forzata

DDD: Dose giornaliera di farmaco

DPI: Dry Powder Inhalers

mMRC: modified M

CSI: Corticosteroidi inalatori

FCV: Capacità Vitale Forzata

FeNO: Ossido Nitrico Esalato Frazionato

IC: Capacità Inspiratoria

LABA: Beta-2-stimolanti a lunga durata di azione

LAMA: Anticolinergici a lunga durata di azione

MDI: Metered Dose Inhalers

MMG: Medico di medicina generale

NPPV: Ventilazione a pressione positiva non invasiva

OSMED: Osservatorio sull'impiego dei medicinali

PDE4: Fosfodiesterasi-4

PaCO2: Pressione parziale di anidride carbonica

PaO2: Pressione parziale di ossigeno

PDT: Percorso diagnostico terapeutico

SABA: Beta-2-stimolanti a breve durata di azione

SAMA: Anticolinergici a breve durata di azione

SMI: Smart Mist Inhaler

TLC: Capacità Polmonare Totale

VEMS: Volume Espiratorio Massimo al Secondo

VMD: Ventilazione Meccanica Domiciliare

VMI: Ventilazione Meccanica Invasiva

VMNI: Ventilazione Meccanica Non Invasiva

6MWT: Test del Cammino dei 6 minuti

I farmaci respiratori ATC-R trovano indicazione nelle malattie broncostruttive croniche, rappresentate principalmente da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e ASMA.

Insieme all' ossigenoterapia, alla terapia riabilitativa respiratoria, alle misure di prevenzione e disassuefazione dal fumo di sigaretta, all'immunoterapia specifica (asma allergico), agli antimicrobici (riacutizzazioni infettive), i farmaci respiratori costituiscono i cardini del trattamento in questo tipo di patologia.

La spesa sanitaria, sia in termini di costo diretti (farmaceutica e ricoveri) che indiretti (giornate lavorative, care givers) è elevata.

Le aree di possibile inappropriatezza prescrittiva sono insite nei seguenti ambiti:

1) mancata adesione a Linee guida nazionali ed internazionali validate

2) assenza di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi localmente

3) ricorso inappropriato al ricovero

4) scarsa attenzione alla prevenzione e al trattamento delle riacutizzazioni

I PARTE:ANALISI DELLA SPESA FARMACEUTICA

I dati OSMED 2012 relativi ai primi nove mesi dell'anno evidenziano quanto segue:

1) Salmeterolo in associazione, tiotropio e formoterolo in associazione sono i primi tre principi attivi appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema respiratorio compresi tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata (tavola 9). Nessun principio attivo appartenente a questa categoria di farmaci risulta compreso tra i primi 30 a maggiore incidenza sulla spesa dei medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto e dei medicinali consumati in ambito ospedaliero.

Tavola 9. **Primi trenta principi attivi per spesa farmaceutica convenzionata di classe A-SSN: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012**

ATC	Principio attivo	Spesa pro capite	%	Rango 2012	Rango 2011	Rango 2010	Rango 2009	Rango 2008
C	Rosuvastatina	4,04	2,8	1	2	2	4	5
R	Salmeterolo, associazioni	3,52	2,5	2	3	3	2	3
A	Lansoprazolo	3,30	2,3	3	4	4	3	2
C	Atorvastatina	3,25	2,3	4	1	1	1	1
A	Pantoprazolo	2,85	2,0	5	7	10	12	21
C	Omega-3-trigliceridi	2,68	1,9	6	6	7	8	10
A	Omeprazolo	2,40	1,7	7	8	8	7	13
J	Amoxicillina e ac. clavulanico	2,10	1,5	8	9	11	10	7
R	Tiotropio	2,07	1,5	9	11	13	15	15
R	Formoterolo, associazioni	2,02	1,4	10	11	5	13	18
B	Enoxaparina	2,02	1,4	11	12	17	24	36
C	Irbesartan e diuretici	2,00	1,4	12	10	9	9	8
C	Simvastatina e ezetimibe	1,74	1,2	13	15	18	23	35
N	Escitalopram	1,73	1,2	14	16	20	19	24
A	Esomeprazolo	1,64	1,2	15	14	5	5	4
C	Olmesartan	1,63	1,1	16	19	22	29	33
C	Ramipril	1,46	1,0	17	22	23	21	18
C	Irbesartan	1,43	1,0	18	20	19	17	19
N	Levetiracetam	1,40	1,0	19	29	36	56	72
C	Simvastatina	1,40	1,0	20	18	16	14	12
G	Dutasteride	1,38	1,0	21	30	38	49	66
C	Olmesartan e diuretici	1,37	1,0	22	27	34	66	98
C	Telmisartan	1,35	0,9	23	24	25	30	38
N	Pregabalin	1,30	0,9	24	28	37	51	73
B	Acido acetilsalicilico	1,27	0,9	25	45	50	55	59
N	Duloxetina	1,22	0,9	26	30	33	41	55
C	Amlodipina	1,21	0,8	27	21	15	11	9
V	Ossigeno	1,18	0,8	28	23	89	0	0
C	Valsartan e diuretici	1,16	0,8	29	5	6	6	6
S	Timololo, associazioni	1,14	0,8	30	24	27	36	44
	Totale	**57,26**	**40,1**					
	Totale spesa SSN	**142,61**	**100,0**					

2) I dati della spesa farmaceutica convenzionata pro capite per ATC-R (farmaci respiratori) per l'anno 2009 (dati OSMED) evidenziavano per la Regione Puglia un valore pari a 22,8 euro, superiore al dato medio nazionale di 18,0 e in linea con quello del Sud e Isole pari a 21,5.

Tavola B.18

Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa lorda territoriale^ pro capite 2009 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)

	C	A	N	J	R	B	M	L	G	H	S	D	V	P	Totale
Piemonte	71,9	31,8	26,6	15,5	15,5	9,7	7,0	8,7	7,5	2,9	3,8	0,8	0,0	0,2	202,0
Val d'Aosta	70,1	26,2	20,5	14,0	19,9	**3,4**	7,0	6,1	6,7	3,3	4,0	0,7	0,0	0,2	182,0
Lombardia	71,1	27,2	22,6	14,1	15,5	11,8	6,2	11,6	8,1	5,1	2,9	0,8	0,6	0,2	197,6
Bolzano	**55,7**	**18,3**	21,3	**9,9**	**12,7**	6,0	6,9	5,9	5,9	2,7	**2,2**	**0,6**	0,0	0,2	**148,5**
Trento	64,0	23,6	**18,8**	13,1	16,0	7,5	**6,0**	5,5	**5,8**	2,4	2,5	0,8	0,0	0,2	166,2
Veneto	74,0	29,0	20,4	13,3	14,8	8,4	8,5	7,4	6,4	2,6	3,2	0,8	0,1	0,3	189,1
Friuli VG	75,9	28,8	19,9	12,2	13,7	7,4	7,2	7,0	6,5	2,2	3,7	0,9	0,1	0,3	185,8
Liguria	78,7	29,1	24,2	15,4	17,9	5,1	8,7	6,3	7,1	2,3	4,0	0,9	0,0	0,1	199,9
E. Romagna	75,7	26,1	19,6	14,2	15,4	5,6	7,5	1,6	6,7	**2,1**	3,7	0,8	0,0	0,2	179,3
Toscana	68,2	25,5	21,1	16,9	16,0	4,5	7,6	**0,4**	6,5	2,9	4,3	0,8	0,0	0,2	174,8
Umbria	73,8	27,8	20,2	17,6	15,7	5,9	6,8	3,0	6,8	2,5	4,1	0,8	0,0	0,2	185,3
Marche	77,7	27,4	21,3	19,7	15,7	4,5	8,1	6,8	7,7	2,6	**5,0**	0,7	0,0	0,2	197,4
Lazio	87,9	35,9	24,9	23,0	21,1	13,1	12,2	12,6	7,4	4,3	4,2	1,1	0,2	0,2	248,2
Abruzzo	75,7	34,1	**31,8**	22,1	17,5	7,7	11,3	7,6	6,5	3,2	4,6	1,1	0,5	0,1	223,7
Molise	79,7	30,2	22,3	24,3	16,1	11,9	11,8	8,9	6,4	5,7	3,0	1,1	0,3	0,1	222,1
Campania	86,8	32,7	20,7	**31,3**	22,5	14,3	10,5	8,3	7,0	3,6	3,4	1,2	0,2	0,1	242,6
Puglia	**89,2**	36,4	22,5	29,6	**22,8**	19,1	13,8	7,6	7,1	4,3	3,4	1,1	0,9	0,1	257,8
Basilicata	77,9	34,3	19,1	22,4	20,4	9,7	12,1	6,5	6,8	3,7	3,3	**1,3**	0,1	0,1	217,7
Calabria	87,7	41,3	27,7	28,2	18,9	**24,1**	12,3	**13,9**	**8,7**	**6,8**	3,4	1,2	0,9	0,1	**275,1**
Sicilia	87,1	**45,7**	25,1	30,0	22,3	13,1	**14,4**	8,1	7,2	4,6	2,9	1,1	0,4	0,2	262,1
Sardegna	84,2	33,4	25,3	19,4	21,3	8,0	12,6	7,6	7,5	4,6	3,4	1,1	0,1	0,2	228,6
Italia	**78,4**	**31,8**	**22,9**	**20,0**	**18,0**	**10,8**	**9,5**	**8,0**	**7,2**	**3,7**	**3,5**	**0,9**	**0,3**	**0,2**	**215,3**
Nord	72,8	28,1	22,3	14,1	15,4	9,0	7,1	8,0	7,3	3,4	3,3	0,8	0,2	0,2	192,0
Centro	79,0	30,7	22,8	20,2	18,3	8,6	9,7	7,1	7,1	3,5	4,3	0,9	0,1	0,2	212,5
Sud e Isole	86,1	37,6	23,9	28,3	21,5	14,8	12,6	8,5	7,2	4,4	3,4	1,1	0,4	0,1	250,0

I dati della spesa farmaceutica convenzionata pro capite per ATC-R (farmaci respiratori) evidenziano nel 2012 (dati OSMED) per la regione Puglia un valore pari a 20,7 euro, superiore al dato medio nazionale di 17,8 e in linea con quello del Sud e Isole pari a 20,6

Tabella 7.1.10. Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa lorda in regime di assistenza convenzionata pro capite 2012 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Piemonte	58,3	27,3	24,9	15,8	11,3	8,0	6,5	6,4	3,7	3,0	3,8	0,2	0,9	0,2	170,3
Valle d'Aosta	54,1	24,1	23,5	20,8	9,9	4,2	7,3	6,9	3,9	5,2	3,8	3,4	0,7	0,2	167,9
Lombardia	59,7	28,4	25,3	16,7	11,4	11,4	6,0	7,4	8,0	5,5	3,0	1,2	0,9	0,3	185,1
P.A. Bolzano	45,3	16,5	24,9	13,3	7,4	4,3	5,8	5,6	3,4	3,0	2,1	0,1	0,6	0,2	132,5
P.A. Trento	51,9	23,0	21,4	16,0	9,8	9,9	5,7	5,8	3,3	2,8	2,6	0,5	0,9	0,2	153,9
Veneto	60,3	28,0	22	14,8	9,6	9,0	7,2	6,1	4,0	2,7	3,2	0,5	0,9	0,3	168,6
Friuli V.G.	61,3	28,4	23,2	14,1	8,7	9,0	7,0	6,0	5,3	2,8	3,9	0,5	1,0	0,3	171,4
Liguria	59,0	27,8	24,7	16,7	10,3	4,1	7,1	6,6	3,1	2,5	3,7	0,3	0,8	0,1	166,8
Emilia R.	57,0	24,3	20,5	14,7	9,8	5,5	6,2	6,5	1,2	2,3	4,1	0,3	0,9	0,2	153,3
Toscana	53,3	24,6	20,3	15,9	12,2	4,4	6,7	6,2	0,4	3,1	4,3	1,0	0,9	0,2	153,4
Umbria	61,0	29,3	23,8	15,6	13,6	4,1	6,4	7,2	2,9	3,2	4,0	0,0	0,9	0,3	172,3
Marche	63,9	26,8	23,4	15,7	14,6	4,2	7,5	7,6	3,7	3,1	4,9	0,2	0,8	0,2	176,5
Lazio	73,4	35,7	25,6	21,3	18,0	12,1	11,4	7,2	4,3	4,7	4,1	1,1	1,0	0,2	220,1
Abruzzo	60,9	35,4	33,6	15,8	15,9	9,5	9,3	6,2	5,1	4,4	4,5	4,6	1,0	0,1	206,5
Molise	66,7	28,8	21,6	15,1	16,8	6,7	9,0	5,8	4,2	3,4	2,9	8,1	1,0	0,1	190,3
Campania	72,4	36,6	22,6	22,5	25,0	14,4	9,3	6,6	5,2	3,5	3,3	8,4	1,3	0,1	231,2
Puglia	73,1	35,9	23,5	20,7	21,0	12,6	12,3	6,5	4,5	4,6	3,2	1,2	1,0	0,1	220,3
Basilicata	62,0	30,7	20,1	19,1	15,4	4,6	9,7	6,3	3,8	3,5	3,4	0,5	1,1	0,1	180,3
Calabria	73,2	38,5	23,3	18,6	21,2	15,4	11,5	6,8	4,6	4,1	3,6	1,0	1,2	0,1	223,0
Sicilia	74,6	52,1	25,8	20,6	21,3	14,7	13,1	6,8	4,1	4,3	3,1	3,5	1,1	0,2	245,2
Sardegna	72,7	41,1	30,6	22,1	14,9	11,5	12,2	7,9	6,0	5,4	3,4	0,3	1,2	0,2	229,4
Italia	**64,2**	**32,1**	**24,0**	**17,8**	**14,9**	**10,0**	**8,5**	**6,7**	**4,4**	**3,9**	**3,6**	**1,8**	**1,0**	**0,2**	**193,0**
Nord	58,7	27,1	23,6	15,7	10,5	8,7	6,4	6,7	4,8	3,7	3,4	0,7	0,9	0,2	171,2
Centro	64,5	30,3	23,4	18,3	15,3	7,8	8,9	6,9	2,8	3,8	4,2	0,8	0,9	0,2	188,2
Sud e Isole	72,0	40,4	25,0	20,6	21,0	13,2	11,3	6,7	4,7	4,2	3,4	3,9	1,1	0,1	227,6

3) La distribuzione regionale per la classe ATC-R delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata nel 2009 (dati OSMED) evidenziavano un valore di 66,4 - superiore al dato medio nazionale di 50,5 e superiore con quello del Sud e Isole di 63,4.

Tavola B.19

Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die territoriali^ 2009 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)

	C	A	N	J	R	B	M	L	G	H	S	D	V	P	Totale
Piemonte	412,4	114,3	59,8	19,8	38,8	80,7	35,4	5,6	41,9	26,0	18,8	2,9	0,0	0,7	856,9
Val d'Aosta	415,2	107,0	52,0	19,1	46,6	80,6	38,7	4,0	45,3	29,6	17,7	2,6	0,0	0,7	859,2
Lombardia	411,7	103,2	50,5	19,5	41,2	78,5	**27,3**	6,2	36,9	**23,4**	13,7	2,6	0,2	0,8	815,6
Bolzano	**312,3**	**72,8**	57,8	**13,8**	**32,9**	**68,2**	30,3	3,8	41,9	29,5	**11,1**	2,6	0,0	0,7	**677,8**
Trento	381,9	93,8	51,7	19,5	42,3	86,6	29,9	3,7	36,3	29,2	12,3	2,8	0,0	0,8	790,8
Veneto	439,2	110,7	50,1	18,9	39,0	82,8	35,1	4,9	36,4	27,4	15,2	3,3	0,0	1,0	864,0
Friuli VG	443,4	106,6	**47,1**	16,7	38,0	90,5	36,3	4,6	37,7	27,5	18,8	3,6	0,0	1,1	872,0
Liguria	419,1	122,0	68,4	18,5	48,5	78,6	36,9	4,0	41,2	28,7	19,8	3,4	0,0	0,4	889,7
E. Romagna	446,2	106,3	57,4	20,8	43,9	94,0	35,5	1,8	41,7	34,8	20,3	3,0	0,0	0,7	906,7
Toscana	417,8	108,0	**73,4**	23,1	43,3	91,0	38,6	**0,3**	39,8	38,0	22,5	4,4	0,0	0,9	901,0
Umbria	**491,0**	108,9	59,4	26,6	45,2	88,7	36,6	2,4	40,0	35,8	20,9	3,4	0,0	0,9	959,8
Marche	434,9	105,4	57,2	25,0	39,6	90,5	39,8	4,5	43,3	33,7	**25,5**	3,0	0,0	0,7	903,1
Lazio	466,1	142,8	55,5	28,3	61,2	88,7	53,5	4,8	43,1	39,0	21,1	4,9	0,1	0,7	1009,6
Abruzzo	418,4	125,6	61,9	27,3	47,9	96,0	51,9	4,1	37,9	32,8	23,8	4,7	0,2	0,5	932,9
Molise	427,6	122,3	51,2	28,6	42,6	95,7	52,0	5,0	**33,7**	38,9	14,8	4,4	0,1	0,5	917,4
Campania	469,8	132,1	48,3	**39,0**	**70,7**	**101,5**	53,9	4,4	39,4	39,3	16,5	5,8	0,1	0,6	1021,4
Puglia	470,1	149,4	50,8	34,5	66,4	99,8	**69,6**	4,3	40,5	35,6	17,6	4,8	0,2	0,4	**1044,1**
Basilicata	425,5	135,8	49,1	30,5	59,9	96,3	57,9	3,5	40,1	**40,8**	17,5	6,7	0,0	0,7	964,4
Calabria	456,7	155,8	56,6	33,0	52,5	97,3	59,4	**6,6**	40,3	36,6	16,1	5,0	0,3	0,6	1016,7
Sicilia	464,0	**182,7**	53,2	33,5	65,5	75,9	60,3	4,3	42,2	32,3	14,0	5,1	0,1	0,8	1034,0
Sardegna	423,5	137,5	64,7	22,8	58,0	90,0	58,4	4,5	**53,3**	39,0	17,3	4,2	0,1	0,9	974,1
Italia	**439,1**	**124,9**	**55,4**	**25,4**	**50,5**	**87,5**	**44,0**	**4,4**	**40,3**	**32,3**	**17,7**	**4,0**	**0,1**	**0,7**	**926,2**
Nord	422,0	107,6	54,3	19,4	41,1	82,7	32,5	4,8	38,8	27,2	16,4	2,9	0,1	0,8	850,5
Centro	448,1	123,7	61,8	26,0	51,2	89,7	45,5	3,1	41,8	37,7	22,1	4,4	0,1	0,8	955,9
Sud e Isole	457,8	150,0	53,2	33,6	63,4	93,0	59,4	4,5	41,4	36,2	16,6	5,2	0,1	0,6	1015,0

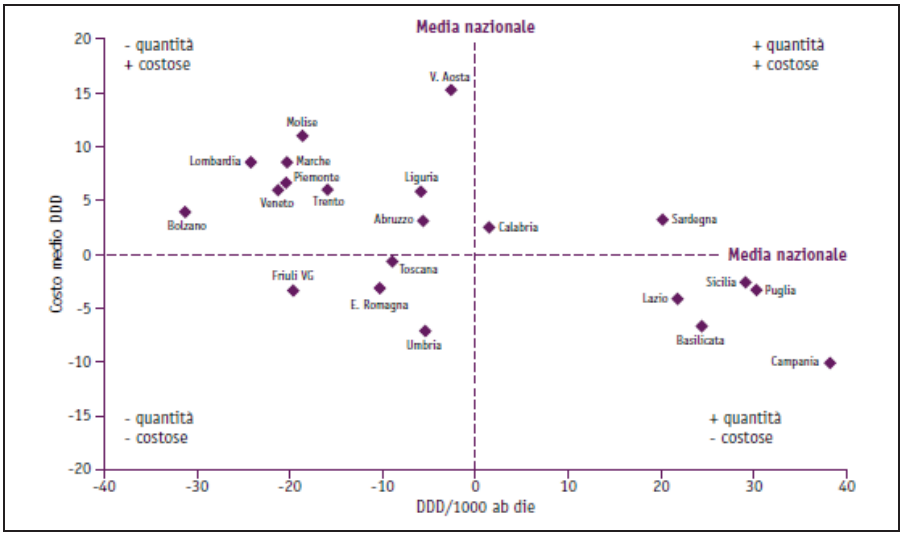
I dati OSMED 2011 facevano invece registrare per la Puglia un valore pari a 61,9 (nazionale 48,9)

La distribuzione regionale per la classe ATC-R delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata nel 2012 (dati OSMED) evidenzia un valore di 59,5 superiore al dato medio nazionale di 48,3 e in linea con quello del Sud e Isole di 58,6.

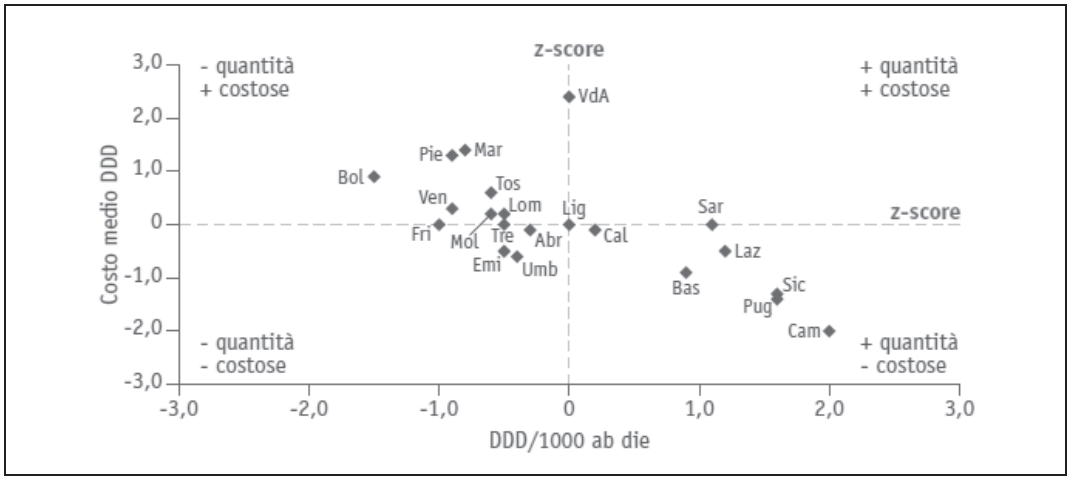
Tabella 7.1.11. Distribuzione regionale per I livello ATC delle DDD/1000 abitanti die in regime di assistenza convenzionata 2012 per i farmaci di classe A-SSN (popolazione pesata)

	C	A	N	R	J	B	M	G	L	H	S	V	D	P	Totale
Piemonte	432,2	133,8	63,5	38,9	18,2	89,7	35,5	43,7	4,6	29,2	21,6	0,0	3,2	0,7	914,9
Valle d'Aosta	409,6	125,5	55,8	47,7	17,9	90,7	40,9	47,1	4,2	33,8	19,5	0,1	2,6	0,7	896,1
Lombardia	444,4	126,1	56,9	43,3	19,0	92,5	28,5	38,7	6,6	26,7	16,3	0,2	3,0	0,9	903,2
P.A. Bolzano	348,9	83,5	65,7	32,8	13,5	74,9	28,6	40,7	4,1	33,2	13,6	0,0	2,7	0,7	743,1
P.A. Trento	404,9	115,0	57,0	42,5	18,1	100,7	31,3	38,8	3,7	33,6	14,8	0,0	3,5	0,9	864,9
Veneto	467,6	131,9	54,9	38,6	17,0	92,4	34,7	38,0	4,7	31,2	17,6	0,0	3,5	1,0	933,2
Friuli V.G.	462,5	128,8	52,1	37,8	15,9	102,2	37,2	37,9	5,5	31,0	21,6	0,0	4,0	1,1	937,8
Liguria	413,0	133,5	68,0	43,3	15,5	79,5	32,6	40,6	3,5	28,1	20,7	0,0	3,1	0,4	881,9
Emilia R.	457,5	120,9	59,5	40,9	18,1	101,2	33,0	42,6	1,8	36,7	23,4	0,0	3,3	0,8	939,5
Toscana	439,5	122,3	73,7	41,3	20,8	99,8	37,5	40,8	0,5	39,6	25,4	0,0	4,5	0,9	946,5
Umbria	538,1	133,7	66,8	42,7	24,2	93,7	36,8	44,4	3,3	39,3	23,3	0,0	4,0	1,0	1.051,2
Marche	458,9	124,3	61,1	37,7	22,5	96,5	40,8	46,2	4,5	36,6	28,4	0,0	3,2	0,7	961,6
Lazio	500,2	171,2	59,1	59,6	26,2	104,4	53,5	46,1	4,9	42,3	24,0	0,1	5,0	0,7	1.097,3
Abruzzo	430,4	148,1	66,2	42,3	24,3	106,3	49,1	39,2	5,0	35,5	26,1	0,2	4,5	0,5	977,8
Molise	439,2	140,6	53,0	39,3	24,0	103,7	45,9	34,6	3,9	40,3	15,6	0,1	4,6	0,4	945,1
Campania	492,1	159,2	52,1	67,1	32,9	83,2	48,5	40,2	4,5	32,6	17,9	0,1	6,2	0,6	1.037,1
Puglia	486,5	172,9	54,5	59,5	29,7	106,8	64,5	41,3	4,6	37,6	19,2	0,1	4,2	0,4	1.081,9
Basilicata	424,4	146,3	51,4	53,9	25,2	96,0	51,5	40,4	3,7	40,3	19,3	0,0	4,5	0,4	957,4
Calabria	482,0	183,2	58,8	49,7	28,5	104,8	58,4	40,2	4,3	37,2	19,5	0,1	5,8	0,6	1.073
Sicilia	494,7	219,8	56,8	58,9	28,3	91,2	58,4	42	4,3	32,9	16,6	0,1	5,5	0,6	1.110
Sardegna	462,3	173,9	72,1	58,3	21,5	105,8	59,0	54,1	6,4	43,1	20,2	0,1	4,9	0,8	1.082,5
Italia	**463,2**	**147,8**	**59,4**	**48,3**	**22,6**	**95,6**	**42,6**	**41,6**	**4,4**	**33,9**	**20,2**	**0,1**	**4,2**	**0,7**	**984,6**
Nord	444,8	127,3	58,7	40,9	17,9	92,9	32,3	40,2	4,8	30,1	19,0	0,1	3,2	0,8	913,1
Centro	477,5	145,6	64,9	49,2	23,7	101,0	45,1	44,2	3,3	40,4	25,0	0,0	4,5	0,8	1.025,1
Sud e Isole	480,9	178,8	57,0	58,6	28,8	96,2	56,0	41,8	4,6	35,6	18,8	0,1	5,3	0,6	1.063

4) I dati OSMED 2009 ponevano la Puglia per la classe ATC-R nella fascia di regioni in cui si consumavano più quantità di farmaco, ma meno costosi



I dati OSMED 2011 non differiscono sostanzialmente da quelli del 2009



E' opportuno ricordare che non necessariamente una maggiore prescrizione corrisponde ad una più diffusa inappropriatezza e che non riconoscere una patologia curabile o non trattarla adeguatamente configura altrettanta inappropriatezza.

D'altra parte gli scostamenti ancora presenti tra Puglia e media nazionale fanno ritenere utile ricordare quali siano i comportamenti prescrittivi a maggior rischio:

Inappropriatezza diagnostica: assenza prove di funzionalità respiratoria (spirometria). Un corretto approccio diagnostico richiede l'effettuazione di tali test sia per la diagnosi che per la stratificazione di gravità

Inappropriatezza prescrittiva per mancato rispetto delle indicazioni registrate: non tutti i farmaci respiratori hanno indicazione tanto per l'asma quanto per la BPCO. L'uso di un farmaco fuori indicazione registrata configura una grave inappropriatezza.

Inappropriatezza prescrittiva per mancata adesione alle raccomandazioni di consenso: le linee guida e i documenti di consenso sono raccomandazioni di buona pratica clinica sulla base della evidence based medicine. Possono non essere applicate in tutti i casi, ma dovrebbero trovare rispondenza nella maggior parte di essi. L' aggiornamento delle linee guida nazionali ed internazionali impone una periodica revisione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Alla luce di queste considerazioni è fortemente raccomandabile che:

1) la prescrizione di farmaci inalatori indicati nella terapia di asma e BPCO venga effettuata in pazienti che sono stati sottoposti a spirometria.

2) I farmaci inalatori vengano prescritti nel pieno rispetto delle loro indicazioni registrate.

3) Lo stadio di gravità del paziente sia stratificato e la terapia sia adeguata ad esso.

4) I farmaci sottoposti a note AIFA (antileucotrienici, roflumilast) vengano impiegati secondo quanto disposte dalle note stesse

INDICATORI DI APPROPRIATEZZA

1) Presenza nella cartella clinica dei pazienti che ricevono prescrizione di farmaci inalatori pre-dosati di spirometria effettuata almeno negli ultimi tre anni. Tale indicatore dovrà essere presente almeno nel 90% dei pazienti che effettuano tale terapia.

2) La prescrizione di steroidi inalatori predosati, in associazione precostituita o estemporanea con broncodilatatori beta-2-stimolanti a lunga durata di azione , è riservata ai pazienti con stadio di gravità "C" o "D". Indicatore: Numero di pazienti in terapia con CSI + LABA in stadio di gravità "C" e "D" / Numero di pazienti in terapia con CSI + LABA = 90%

3) Presenza nella cartella clinica dei pazienti BPCO della valutazione dei sintomi eseguita con scala CAT o mMRC. Questo indicatore deve essere presente almeno nel 50% dei pazienti.

4) Presenza nella cartella clinica dei pazienti BPCO della valutazione del numero di riacutizzazioni/anno precedente . Questo indicatore deve essere presente almeno nel 50% dei pazienti.

5) Utilizzo della scheda riepilogativa da consegnare al MMG (vedi allegato 1) da parte di almeno il 50% degli specialisti alla dimissione del paziente o al termine della visita specialistica ambulatoriale

II PARTE - RACCOMANDAZIONI IN TEMA DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

La diffusione di questo documento di consenso su ASMA e BPCO, coerente con le linee guida nazionali ed internazionali validate e pubblicate negli ultimi anni, rappresenta un aggiornamento del precedente documento di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 1111 del 19.05.2011 e successiva integrazione n. 1228 del 31.05.2011

LIVELLI DI EVIDENZA

A: Studi clinici randomizzati (RTCs). Solida base di studi

L'evidenza deriva dagli obiettivi di RCT ben disegnati che forniscono un quadro consistente di riscontri nella popolazione per la quale vengono redatte le raccomandazioni. La categoria A richiede un numero sostanziale di studi che coinvolgono un numero sostanziale di partecipanti

B: Studi clinici randomizzati (RTCs). Limitata base di studi

L'evidenza deriva dagli obiettivi di studi di intervento che includono solo un numero limitato di pazienti, di analisi post-hoc o di analisi di sottogruppo di RTCs o di metanalisi di RCTs. In generale la categoria B appartiene ai casi in cui esistono pochi studi clinici randomizzati, che siano di dimensioni limitate, che siano stati condotti su una popolazione diversa da quella obiettivo della raccomandazione o che i risultati siano in qualche misura inconsueti.

C: Studi clinici non randomizzati
L'evidenza è il risultato di studi clinici non controllati o non randomizzati oppure di studi osservazionali

D: Consenso di un Gruppo di Esperti senza base di studi
Questa categoria viene utilizzata solo nei casi in cui le indicazioni fornite siano ritenute significative, ma non adeguatamente supportate dalla letteratura clinica da giustificarne l'inserimento in una delle altre categorie. Il giudizio di un gruppo di esperti si basa sull'esperienza clinica o sulle conoscenze senza rientrare nei criteri sopra elencati

ASMA

DEFINIZIONE

L'asma bronchiale è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da parziale ostruzione bronchiale, solitamente reversibile spontaneamente o in seguito alla terapia, da iperreattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può evolvere in alcuni casi in una ostruzione irreversibile delle vie aeree.

PREVALENZA E COSTI

In Italia la prevalenza di asma è più bassa rispetto a quella di molte altre nazioni, soprattutto dei Paesi anglosassoni, sia nella popolazione infantile sia negli adulti; in Puglia ha una incidenza di circa 3% e rappresenta un notevole costo nell'ambito della spesa sanitaria.
Costi principalmente imputabili:

- Inappropriato uso delle risorse diagnostiche
- Mancato controllo della malattia

L'asma risulta a tutt'oggi una malattia sottostimata perché sottodiagnosticata e trattata in modo insufficiente.
Sono necessari ulteriori sforzi soprattutto per migliorare la prevenzione, la diagnosi precoce, la percentuale di trattamenti corretti e l'adesione dei pazienti alla terapia.
Il controllo dell'asma si ottiene adottando comportamenti prescrittivi in linea con le strategie globali codifificate in Linee Guida iinternazionali condivise dalla comunità scientifica e in continuo aggiornamento (Linee Guida GINA, Global Initiative for Asthma).

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO:

- ridurre al minimo/eliminare i sintomi
- ridurre al minimo/eliminare l'uso dei farmaci al bisogno
- nessuna visita in PS o ricovero per asma
- mantenere la funzione polmonare normale o al massimo possibile
- ridurre al minimo/eliminare l'abnorme variabilità del PEF
- prevenire le riacutizzazioni
- permettere una vita normale, comprendente l'attività fisica e la pratica sportiva
- ridurre al massimo i possibili effetti collaterali dei farmaci, usando le dosi minime efficaci

Il trattamento del paziente asmatico, secondo le LG GINA comprende:

al momento della diagnosi

- riconoscimento ed eliminazione (se possibile) dei fattori inducenti o scatenanti (per esempio bonifica ambientale da allergeni)
- definizione del livello di gravità dell' asma
- scelta della terapia farmacologica secondo livello di gravità e compliance (farmaci e modalità di somministrazione)

ai controlli successivi

- valutazione del controllo dei sintomi
- adeguamento della terapia al livello di controllo (step-up o step-down)

FATTORI DI RISCHIO PER LA COMPARSA DELL'ASMA

Fattori individuali • predisposizione genetica • atopia • iperresponsività delle vie aeree • genere • etnia • obesità	Fattori ambientali • allergeni • sensibilizzanti professionali • fumo di tabacco • inquinamento atmosferico • infezioni delle vie respiratorie • fattori socio economici • dimensioni del nucleo familiare • abitudini alimentari e farmaci • vita prevalente in ambienti interni

Al momento della prima osservazione del paziente e quindi alla diagnosi, la definizione del livello di gravità dell'asma è utile per decidere tipo ed entità del trattamento farmacologico.
La presenza di almeno uno dei criteri di gravità è sufficiente per classificare un paziente in un determinato livello di gravità.
La classificazione di gravità è valida per i soggetti non in trattamento regolare, spesso alla prima osservazione.

Definizione del livello di gravità dell'asma
Classificazione di gravità dell'asma, prima dell'inizio del trattamento

Gravità	Sintomi	Sintomi notturni	FEV1 variabilità del PEF
Livello 1 intermittente	<1 volta a settimana riacutizzazioni di breve durata e poco frequenti; non sintomi e PEF normale tra le crisi	<2 volte al mese	≥80% teorico variabilità PEF <20%
Livello 2 lieve persistente	>1 volta a settimana <1 volta al giorno riacutizzazioni occasionali che disturbano il sonno o la vita quotidiana	>2 volte al mese	≥80% teorico variabilità PEF 20-30%
Livello 3 moderato persistente	Quotidiani. riacutizzazioni frequenti che disturbano il sonno o la vita quotidiana moderate limitazioni della vita quotidiana	>1 volta la settimana	60-80 % teorico variabilità PEF >30%
Livello 4 grave persistente	continui e importanti. riacutizzazioni molto frequenti attività fisica limitata	Frequenti	<60% teorico variabilità PEF >30%
La presenza di uno dei criteri di gravità è sufficiente per classificare un paziente in un determinato livello di gravità.			

Scelta della terapia farmacologica
La decisione di iniziare un trattamento regolare dipende dalla gravità dell'asma al momento della prima osservazione, e dalla frequenza e gravità delle riacutizzazioni.
Un approccio progressivo a "step" alla terapia farmacologica è consigliato, scegliendo le opzioni migliori (per quel paziente) all'interno dello step prescelto sulla base della gravità.

L'adeguamento della terapia nel tempo si deve basare sul raggiungimento del controllo dell'asma, e prevede variazioni di trattamento tra step sia nel senso dell'incremento della terapia (step-up) che in decremento della terapia (step-down) o all'interno dello stesso step.
Lo scopo è di raggiungere gli obiettivi della terapia con la minore quantità possibile di farmaci e con gli schemi terapeutici più semplici.

Piano di trattamento a lungo termine

Livello	Azione
Controllato	Continua o step-down (decremento terapia)
Non controllato	Step-up (incremento terapia)
Parzialmente controllato	Valutare lo step-up in base a considerazioni di «costo-efficacia»
Riacutizzazione	Trattare riacutizzazione e considerare lo step-up

L'obiettivo principale del trattamento è ottenere il "controllo" dell'asma
La prevenzione delle riacutizzazioni è un obiettivo prioritario, specie nei pazienti più gravi, poiché queste possono condizionare la qualità di vita e il decorso dell'asma
La rivalutazione periodica dell'ottenuto controllo permette di adeguare la terapia sia in step-up che in step-down

Livelli di controllo dell'asma (GINA)

Caratteristiche	Controllato	Parzialmente controllato	Non controllato
sintomi giornalieri	nessuno (<2/settimana)	>2 volte/settimana	3 o più aspetti presenti nell'asma parzialmente controllato
limitazione delle attività	Nessuna	Qualche	
sintomi notturni/risvegli	Nessuno	Qualche	
necessità di farmaco al bisogno	nessuno (<2 settimana)	>2 settimana	
funzione polmonare (PEF o VEMS)	Normale	<80% del predetto o del personal best (se noto)	
Riacutizzazioni	Nessuna	1 o più per anno *	1 in qualsiasi settimana $
* Qualsiasi riacutizzazione dovrebbe essere prontamente seguita da una revisione del trattamento di mantenimento per assicurarsi che esso sia adeguato $ Per definizione, 1 riacutizzazione in una qualsiasi delle settimane di monitoraggio rende l'intera settimana non controllata			

Monitorare per mantenere il controllo (almeno entro 3 mesi dopo la visita iniziale e poi ogni 3-6 mesi almeno, entro 2-4 settimane dopo una esacerbazione).

Terapia Farmacologica

Farmaci per il controllo dell'asma	Farmaci per il sollievo dei sintomi
• Glucocorticosteroidi inalatori (ICS) • ICS + ß2-agonisti a lunga durata d'azione • Antagonisti recettoriali dei leucotrieni	• ß2-agonisti inalatori a rapida azione • Glucocorticosteroidi sistemici • Anticolinergici

• In sottogruppi di pazienti: • Anti-IgE (omalizumab) • Glucocorticosteroidi orali • Metilxantine a lento rilascio • Cromoni	L'uso dei soli β2-agonisti long acting in monoterapia è fortemente sconsiglito per il rischio di gravi riacutizzazioni.

Terapia Farmacologica

DOSI QUOTIDIANE (in mcg) COMPARATIVE DI CORTICOSTEROIDI PER VIA INALATORIA			
FARMACO	**ADULTI $**		
	Dose bassa	**Dose intermedia**	**Dose Alta**
Beclometasone dipropionato CFC	200 – 500	>500 – 1000	>1000 – 2000
Beclometasone Dipropionato HFA	100 – 200	>200 – 400	>400 – 800
Budesonide	200 – 400	>400 – 800	>800 – 1600
Flunisolide	500 – 1000	>1000 – 2000	>2000
Fluticasone Propionato	100 – 250	>250 – 500	>500 – 1000
Ciclesonide	80-160	160-320	320-1280

$ confronto basato sui dati di efficacia

Ad oggi, i glucocorticosteroidi inalatori (CSI) sono i più efficaci farmaci per il controllo dell'asma e sono raccomandati per l'asma persistente ad ogni livello di gravità
I corticosteroidi inalatori:

- Riducono la mortalità per asma
- Prevengono le riacutizzazioni
- Controllano i sintomi e l'uso addizionale di farmaco d'emergenza
- Migliorano la funzione polmonare
- Riducono l'infiammazione bronchiale, anche se non ci sono evidenze che modifichino la storia naturale dell'asma

APPROCCIO PROGRESSIVO ALLA TERAPIA DELL'ASMA NELL'ADULTO					
	STEP 1	**STEP 2**	**STEP 3**	**STEP 4**	**STEP 5**
Opzione principale	**β2-agonisti a breve durata d'azione al bisogno**	Scegliere uno: **CSI a bassa dose**	Scegliere uno: **CSI a bassa dose + LABA**	Aggiungere 1 o più: **CSI a media dose + LABA**	Aggiungere in progressione: **CSI a alta dose + LABA**
Altre opzioni (in ordine decrescente di efficacia)		Anti-leucotrieni * Cromoni	CSI a bassa dose + anti-leucotrieni * CSI a dose medio-alta	Anti-leucotrieni Teofilline-LR	Anti-leucotrieni Anti-IgE (omalizumab) ** Teofilline-LR CS orali
		β2-agonisti a rapida azione al bisogno ***			
	Programma personalizzato di educazione				
	Controllo ambientale, Immunoterapia specifica, Trattamento delle comorbilità				

CSI = corticosteroidi inalatori; LABA = long-acting β2-agonisti; LR = a lento rilascio
* i pazienti con asma e rinite rispondono bene agli anti-leucotrieni
** nei pazienti allergici ad allergeni perenni e con livelli di IgE totali sieriche compresi tra 30 e 1300 U/ml
*** la combinazione Budesonide/Formoterolo al bisogno può essere usata nell'ambito della strategia SMART

Farmaci Antiasmatici raccomandati Adulti

	Farmaci quotidiani per il controllo	Altre opzioni
Step 1	Nessuno	

Farmaci per il sollievo dei sintomi: ß2– agonisti a breve durata d'azione a.b., in uso occasionale

- Nei pazienti con asma lieve intermittente e con sintomi occasionali, l'infiammazione delle vie aeree (eosinofilia nell'espettorato, ossido nitrico esalato) e l'iperreattività bronchiale sono spesso presenti (A)
- L'efficacia del trattamento regolare in termini di controllo dei sintomi, prevenzione delle riacutizzazioni e della cronicizzazione della malattia non è stato sufficientemente studiata
- Nei pazienti a rischio di sporadiche ma gravi riacutizzazioni, un trattamento regolare con corticosteroidi inalatori deve essere considerato (D)
- Il giudizio di gravità dell'asma in questi pazienti deve essere periodicamente riconsiderato con metodi oggettivi
- Ci sono prove dell'efficacia di cicli di terapia con CSI a bassedosi o di combinazione CSI+ β2-agonisti come terapia intermittente nei periodi di comparsa dei sintomi (B)

Farmaci Antiasmatici raccomandati Adulti

	Farmaci quotidiani per il controllo	Altre opzioni (in ordine di efficacia globale)
Step 2 Scegliere uno:	Glucocorticosteroidi inalatori (< 500 μg	Antileucotrieni Cromoni

	BDP o equivalenti), anche in singola dose giornaliera	

Farmaci per il sollievo dei sintomi: ß2– agonisti a breve durata d'azione q.o., in uso occasionale

- Nei pazienti con asma lieve intermittente e con sintomi occasionali, l'infiammazione delle vie aeree (eosinofilia nell'espettorato, ossido nitrico esalato) e l'iperreattività bronchiale sono spesso presenti (A)
- L'efficacia del trattamento regolare in termini di controllo dei sintomi, prevenzione delle riacutizzazioni e della cronicizzazione della malattia non è stato sufficientemente studiata
- Nei pazienti a rischio di sporadiche ma gravi riacutizzazioni, un trattamento regolare con corticosteroidi inalatori deve essere considerato (D)
- Il giudizio di gravità dell'asma in questi pazienti deve essere periodicamente riconsiderato con metodi oggettivi
- Ci sono prove dell'efficacia di cicli di terapia con CSI a bassedosi o di combinazione CSI+ β2-agonisti come terapia intermittente nei periodi di comparsa dei sintomi (B)

Farmaci Antiasmatici raccomandati Adulti

	Farmaci quotidiani per il controllo	Altre opzioni (in ordine di efficacia globale)
Step 3 Scegliere uno:	Glucocorticosteroidi inalatori (200 – 500 μg BDP o equivalenti) più β2- agonisti inalatori a lunga durata d'azione	Glucocorticosteroidi inalatori(200–500 μg BDP o equivalenti)più antileucotrieni, o Glucocorticosteroidi inalatori a dosi medio-alte (> 1000 μg BDP o equivalenti)

Farmaci per il sollievo dei sintomi: ß2– agonisti a breve durata d'azione q.o., in uso occasionale

- Le combinazioni precostituite disponibili sono: FP/Salm, Bud/Form, BDP/Form
  - FP/Salm e Bud/Form sono ugualmente efficaci su vari indici di controllo dell'asma, quando usate a dosi equivalenti di CSI (Lasserson, Cochrane DSR 2008)
  - BDP/Form HFA-extrafine è stata valutata in due studi a 3 mesi, mostrando simile efficacia rispetto alle altre combinazioni relativamente a indicatori clinici e funzionali (Papi, 2007) e migliore efficacia rispetto ai due componenti separati (Huchon, 2009)
- La combinazione salmeterolo + fluticasone può essere utilizzata solo come terapia di fondo e non come uso al bisogno
- L'aggiunta di antileucotrieni a basse dosi di corticosteroidi inalatori è efficace quanto dosi più alte di corticosteroidi inalatori, e più efficace di queste ultime nei soggetti con asma e concomitante rinite allergica (A)
- La combinazione CSI a basse dosi + antileucotrieni è efficace quanto la combinazione CSI a basse dosi + LABA relativamente al controllo delle riacutizzazioni (B)
- La combinazione CSI a basse dosi + antileucotrieni può rappresentare una valida opzione terapeutica specialmente nei pazienti con funzione polmonare nella norma e/o rinite allergica

Farmaci Antiasmatici raccomandati Adulti

	Farmaci quotidiani per il controllo	Altre opzioni (in ordine di efficacia globale)
Step 4 Aggiungere una o più:	Glucocorticosteroidi inalatori (500 – 1000μg	Antileucotrieni, o Teofillina a lento rilascio,

	BDP o equivalenti) più β2- agonisti inalatori a lunga durata d'azione	

Farmaci per il sollievo dei sintomi: ß2– agonisti a breve durata d'azione q.o., in uso occasionale.

La combinazione budesonide/formoterolo può essere usata sia regolarmente che al bisogno, nell'ambito della strategia SMART.

- La combinazione con una dose più alta di CSI ha una efficacia maggiore rispetto alla combinazione con una dose più bassa di CSI (A)
- L'aggiunta di antileucotrienico alla combinazione con dosi medio-alte di CSI può migliorare il controllo, specialmente nei pazienti con concomitante rinite (B), e può migliorare la qualità della vita (Virchow JC Respir Med 2009)
- L'aggiunta di un altro farmaco (antileucotrienico o teofillina) può permettere di migliorare il controllo senza dover ricorrere a dosi alte di CSI e senza complicare eccessivamente lo schema terapeutico.

Farmaci antiasmatici raccomandati adulti

	Farmaci quotidiani per il controllo	Altre opzioni (in ordine di efficacia globale)
Step 5 Aggiungere in progressione:	• Glucocorticosteroidi inalatori (> 1000 μg BDP o equivalenti) più β2-agonisti a lunga durata d'azione • più uno o più dei seguenti, se necessario: - Antileucotrieni - Anti IgE (omalizumab) * - Teofillina a lento rilascio - Glucocorticosteroidi orali (solo dopo aver ottimizzato tutto il resto)	Valutare possibili fattori aggravanti o che possono rendere la malattia non controllata (aderenza al trattamento, fattori psico-sociali, esposizione ad allergeni, RGE, rino-sinusite, sensibilità ad ASA, etc)

Farmaci per il sollievo dei sintomi: ß2- agonisti a rapida azione q.o., in uso occasionale.

- Nell'asma grave (asma di difficile controllo) è necessario utilizzare tutte le opzioni terapeutiche, aggiungendo alle alte dosi di corticosteroidi inalatori + beta2-agonisti a lunga durata d'azione, gli altri farmaci, in maniera progressiva e in ordine di relativa maggiore efficacia
- I corticosteroidi sistemici dovrebbero essere inseriti per ultimi, e possibilmente limitati a brevi periodi
- È essenziale valutare la aderenza del paziente al trattamento, individuare e trattare appropriatamente eventuali comorbilità responsabili di scarso controllo
- L'obiettivo è il miglior controllo possibile
- *Anti-IgE: Le indicazioni da GU includono i soggetti in cui la terapia (CSI ad alta dose e LABA) non riesce a tenere sotto controllo l'asma, con asma allergico da allergeni perenni, e con un livello di IgE compreso tra 30 e1300 U/L e un peso corporeo che permetta di usare il farmaco secondo tabelle prestabilite.
- L'efficacia del trattamento dovrebbe essere verificata dopo16 settimane, per decidere sul prolungamento della terapia

Step-up

- L'assenza di controllo della malattia a qualsiasi livello deve determinare un incremento della terapia di base, secondo le variazioni previste all'interno e tra le classi di gravità
- Nei pazienti con asma lieve persistente e moderato, la terapia con corticosteroidi inalatori, da soli o in associazione con i LABA, può essere incrementata (almeno di 4 volte per i CSI) per brevi periodi sulla base dei sintomi e della funzione respiratoria, ottenendo una riduzione delle riacutizzazioni gravi e permettendo di mantenere bassa la dose di corticosteroidi inalatori per la terapia di base (A), anche se l'effetto sul controllo dell'asma non è stato dimostrato

Step-down

- L'ottenuto controllo dell'asma per lungo tempo (almeno 3-6 mesi) può permettere una riduzione del livello di terapia, secondo le variazioni previste all'interno e tra le classi di gravità (D).
- La riduzione della terapia nei pazienti in trattamento con la combinazione CSI inalatori + LABA dovrebbe essere effettuata riducendo la dose di CSI e mantenendo il LABA, fino a basse dosi di CSI (< 500 mcg al giorno di BDP o equivalenti).
- Quando il controllo è mantenuto per 3-6 mesi con una combinazione CSI+LABA a dosi medio-basse, è possibile sospendere il LABA e passare alla monoterapia con CSI (B), rivalutando il mantenimento del controllo.
- La terapia regolare può essere interrotta se l'asma rimane controllato con la dose più bassa dei farmaci di fondo e non compaiono sintomi di asma per almeno un anno (D).

Strategie terapeutiche

- La strategia terapeutica che consiste nel trattamento regolare con dosi costanti di farmaci di fondo ed uso aggiuntivo di SABA per il sollievo dei sintomi, è quella che ha ottenuto le maggiori dimostrazioni di efficacia su tutti gli outcomes della malattia (clinici, funzionali e biologici) (A)
- La combinazione budesonide/formoterolo può essere usata sia come terapia di mantenimento che al bisogno (strategia SMART). Questa strategia si è dimostrata efficace nel ridurre il numero delle riacutizzazioni e nel mantenere un buon controllo dell'asma, con dosi relativamente basse di farmaci (A)
- Pochi studi hanno valutato l'efficacia della terapia intermittente o al bisogno, che tuttavia potrebbe essere utile in pazienti con asma lieve, anche in fase di step-down (Boushey, 2005; Papi, 2007; Turpeinen, 2007)
- La scelta della strategia deve dipendere da considerazioni relative alle caratteristiche della malattia e del paziente.

Immunoterapia specifica punti chiave:

- L'immunoterapiaspecifica (ITS) riduce l'infiammazione allergene-specifica dell'organo bersaglio. L'entità di tale effetto è in rapporto alla dose di allergene somministrata ed alla dose di allergene a cui il paziente è esposto
- L'efficacia sui sintomi e sul consumo dei farmaci dell'asma è stata confermata anche da studi di metanalisi.

- Le prove di efficacia più consistenti sono per l'ITS sottocutanea utilizzata per singoli allergeni (in particolare acari, pollini e derivati allergizzanti di animali). Non è ancora disponibile un indicatore predittivo di efficacia dell'ITS.
- L'ITS può essere indicata nei pazienti con asma allergico da lieve a moderato, specie se associato a rinite, in cui sia evidente una relazione tra sintomatologia ed esposizione all'allergene, verso cui è presente sensibilizzazione.
- L'ITS non trova indicazione nell'asma severo persistente, in cui il ruolo dell'allergene appaia marginale e lo scarso controllo dei sintomi può favorire l'insorgenza di effetti indesiderati.

Definizione di riacutizzazione

- Le riacutizzazioni di asma consistono in un marcato, spesso progressivo deterioramento dei sintomi di asma e dell'ostruzione bronchiale, che compaiono nello spazio di ore o giorni, e che possono durare fino a settimane, e che in genere richiedono un cambiamento della attuale terapia.
- Le riacutizzazioni gravi sono definite dal ricorso all'ospedalizzazione e/o a steroidi sistemici.
- Le riacutizzazioni lievi-moderate non richiedono ospedalizzazione e/o steroidi sistemici.
- Le riacutizzazioni dovrebbero essere distinte dai periodi di scarso controllo dell'asma.
- In generale, le riacutizzazioni sono più frequenti nei soggetti con asma più grave.
- Le riacutizzazioni lievi-moderate possono essere trattate con successo ambulatoriamente. I cardini del trattamento sono:
  - Broncodilatatori a rapida azione per MDI (salbutamolo 100 mcg, da 2 a 4 puff ogni 3-4 ore); in alternativa, per nebulizzazione, associati ad anticolinergici a rapida azione
  - Corticosteroidi per os, brevi cicli di 3-5 giorni.

  Dal punto di vista dell'efficacia, non vi è necessità di riduzione graduale della dose.
- Le riacutizzazioni devono far considerare l'opportunità di una rivalutazione del controllo e quindi di una variazione della terapia di base.
- L'uso dei CSI ad alta dose può essere una valida alternativa all'uso di CS per via generale nelle riacutizzazioni lievi-moderate (A).
- Le riacutizzazioni asmatiche gravi sono eventi potenzialmente fatali.L'assistenza deve essere immediata ed il trattamento deve essere somministrato preferenzialmente in Ospedale o in Pronto Soccorso contiguo ad un ospedale, per motivi di sicurezza.
- Riacutizzazioni gravi possono comparire anche in soggetti con una storia precedente di asma lieve, anche se sono più probabili in soggetti con asma moderato-grave.
- E' essenziale una attenta valutazione della gravità della singola riacutizzazione e uno stretto monitoraggio, specie nelle prime ore.
- Nelle riacutizzazioni è indicata la somministrazione ripetuta di ß2-agonisti a rapida insorgenza d'azione con dosaggio in relazione alla gravità, eventualmente associati ad anticolinergici a rapida azion; nei casi più gravi, è consigliata la terapia con corticosteroidi per via sistemica ed la ossigenoterapia ($SpO2 \leq 93$ %).
- La somministrazione endovenosa di salbutamolo e/o di teofillina non è raccomandata, in quanto non ha effetti migliori dei ß2-agonisti inalatori.
- Nei casi gravi, può essere utile aggiungere solfato di magnesio per via venosa.
- Nei casi gravi è necessario il monitoraggio clinico –strumentale , con valutazione della funzione respiratoria e della saturazione arteriosa e/o dell'emogasanalisi
- La prevenzione delle riacutizzazioni deve prevedere una strategia di intervento articolata in più punti:
  - terapia di mantenimento mirata al mantenimento del controllo;
  - step-up tempestivo della "perdita di controllo"
  - Omalizumab nei casi che ne prevedono l'indicazione
  - terapia di mantenimento eventualmente "aggiustata" sugli indicatori di infiammazione bronchiale (p.es. misura dell' NO esalato)
  - programma educazionale personalizzato;

- vaccinazione anti-influenzale;
- identificazione dei pazienti maggiormente a rischio di riacutizzazioni;
- calo ponderale in caso di obesità;
- follow-up in ambito specialistico per le riacutizzazioni gravi.

ASMA IN ETA' PEDIATRICA

L' asma del bambino deve prendere in considerazione anche lo wheezing intermittente e considerare con attenzione il ruolo dei virus, del fumo, degli allergeni e dello sforzo fisico come fattori scatenanti.

Terapia Farmacologica pediatrica

DOSI QUOTIDIANE (in mcg) COMPARATIVE DI CORTICOSTEROIDI PER VIA INALATORIA			
FARMACO	**Dose bassa**	**Dose intermedia**	**Dose Alta**
Beclometasone	100 – 200	>200 – 400	>400
Budesonide	100 – 200	>200 – 400	>400
Flunisolide	500 – 750	>750-1250	>1250
Fluticasone	100 – 200	>200 – 400	>400
Ciclesonide**	80-160	> 160 – 320	> 320
I dosaggi comparativi devono essere valutati anche in considerazione dei diversi sistemi di erogazione disponibili per ciascun composto (MDI, DPI, nebulizzatore) e delle caratteristiche fisiche del composto e del propellente utilizzato negli MDI. ** Autorizzato dall'età di 12 anni			

APPROCCIO PROGRESSIVO ALLA TERAPIA DELL'ASMA BAMBINO <12 ANNI				
STEP 1	**STEP 2**	**STEP 3**	**STEP 4**	**STEP 5**
EDUCAZIONE ALL'ASMA				
CONTROLLO AMBIENTALE				
Somministrazione ß2-agonisti a rapida insorgenza d'azione	Somministrazione ß2-agonisti a rapida insorgenza d'azione			
OPZIONE DI CONTROLLO	Scegliere uno Bassa dose di CSI* Anti-leucotrienico	Scegliere uno **Media o alta dose di CSI** **Bassa dose di CSI+LABA°** Bassa dose di ICS più antileucotrienico Bassa dose di ICS più teofillina a lento rilascio	Aggiungere uno o più Media o alta dose di CSI più ß2-agonisti a lunga azione Antileucotrienico Rilascio sostenuto di teofillina	Aggiungere uno o entrambi Gluco-corticosteriodi orali Trattamento con anti Ig-E **
*glucocorticosteroidi inalatori ** nei bambini 6-12 anni ° Autorizzazione LABA: salmeterolo > 4 anni; Formeterolo > 6 anni				

Wheezing virus-indotto in età prescolare

La maggior parte degli episodi di wheezing in età prescolare è di origine virale e non evolve in asma.
Per la prevenzione delle riacutizzazioni in questi bambini:

- non consigliato uso continuativo degli ICS
- possibile impiego del montelukast su base individuale

Per il trattamento delle riacutizzazioni

- confermato l'utilizzo dei beta2-agonisti per via inalatoria
- non è raccomandato l'uso dello steroide orale. Tale trattamento va considerato in ospedale per pazienti gravi.

Altre strategie per la terapia dell'asma nel bambino

Ci sono recenti evidenze che:

- l'uso della combinazione Formoterolo/Budesonide in occasione di riacutizzazioni, in aggiunta al trattamento regolare, comporta significativi benefici in bambini con asma di grado moderato
- l'uso intermittente del montelukast ai primi segni di una riacutizzazione asmatica o di una infezione delle vie aeree superiori comporta un risparmio della utilizzazione di risorse sanitarie

APPROCCIO PROGRESSIVO ALLA TERAPIA DELL'ASMA BAMBINO >12 ANNI				
STEP 1	**STEP 2**	**STEP 3**	**STEP 4**	**STEP 5**
EDUCAZIONE ALL'ASMA				
CONTROLLO AMBIENTALE				
Somministrazione ß2-agonisti a rapida insorgenza d'azione	Somministrazione ß2-agonisti a rapida insorgenza d'azione			
OPZIONE DI CONTROLLO	Scegliere uno Bassa dose di CSI* Anti-leucotrienico	Scegliere uno Bassa dose di CSI* più ß2-agonisti a lunga azione Media o alta dose di CSI Bassa dose di CSI più anti-leucotrienico Bassa dose di CSI più teofillina a lento rilascio	Aggiungere uno o più Media o alta dose di CSI più ß2-agonisti a lunga azione Anti-leucotrienico Teofillina a lento rilascio	Aggiungere uno o entrambi Gluco-corticosteroidi orali Trattamento con anti Ig-E

*glucocorticosteroidi inalatori

Bibliografia

Global initiative for Asthma, National Institute of Heart Lung and Blood Institute. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report no. 02-3659. Bethesda, NHLBI, 2003 http://www.goldcopd.org.
Lasserson TJ, Cates CJ, Ferrara G, Casali L. Combination fluticasone and salmeterol versus fixed dose combination budesonide and formoterol for chronic asthma in adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16: (3):CD004106.
Papi A, Paggiaro PL, Nicolini G, Vignola AM, Fabbri LM. Inhaled Combination Asthma Treatment versus SYmbicort (ICAT SY) Study group. Beclomethasone/formoterol versus budesonide/formoterol combination therapy in asthma. Eur Respir J 2007 Apr; 29(4):682-9.
Houchon G, Magnussen H, Chuchalin A, Dymek L, Gonod FB, Bousquet J. Lung function and asthma control with beclomethason e and formoterol in a single inhaler. Respir Med. 2009 Jan; 103(1):41-9. Boushey HA et al.,Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma. N Engl J Med. 2005 Apr 14; 352 (15): 1519 -28.
Turpeinen M et al. Daily versus as-needed inhaled corticosteroid for mild persistent asthma. Arch Dis Child. 2008 Aug; 93(8) : 654-9.
Guida alla diagnosi e al trattamentodi BPCO, Rinite e Asma . Aggiornamento 2009 (Progetto LIBRA).
Global Initiative for Asthma, National Insitute of Heart Lung and Blood Institute - GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention - Updated december 2012

BPCO

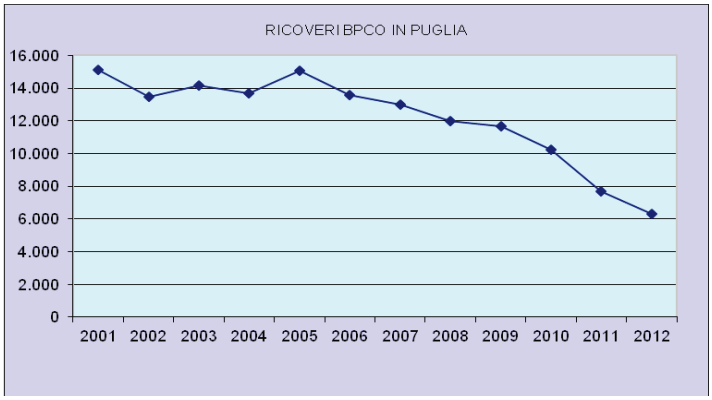
Questi PDT per la BPCO in fase stabile e riacutizzata rappresentano una sintesi degli attuali dati di letteratura scientifica, con particolare riferimento alle linee guida pubblicate dal 2009 in poi. Ovvero SPLF 2009, NICE 2010, ICSI 2011, ACCP/ACP/ERS/ATS 2011, AIPO/AIMAR/SIMER/SIMG 2011, PDT REGIONE PUGLIA 2011, SEPAR 2012, GOLD 2013

VANTAGGI ECONOMICI DEI NUOVI PDT BPCO
La implementazione dei nuovi PDT BPCO proposti da AIPO, SIMeR e SIMG ha come obiettivi:

1) rendere le linee guida della Regione Puglia omogenee alle più recenti linee guida internazionali e nazionali
2) migliorare lo stato di salute dei pazienti affetti da BPCO, incidendo sulla qualità di vita e sul numero di riacutizzazioni

I dati di letteratura ci dimostrano che i soggetti BPCO frequenti riacutizzatori (ovvero quelli che presentano due o più riacutizzazioni/anno) hanno una peggiore qualità di vita (Spencer et al. Thorax 2003), una funzionalità respiratoria peggiore (Seung JL. et al Tuberc. Respir. Dis. 2012), vedono declinare più rapidamente nel tempo la propria funzionalità respiratoria (Donaldson et al. Thorax 2002), hanno una più elevata mortalità (Soler Catalugna JJ. et al Thorax 2005), causano costi più elevati al sistema sanitario (Toy et al. COPD 2010)

1) ridurre sostanzialmente i costi relativi alle riacutizzazioni ed in particolare alle ospedalizzazioni. In Puglia nel 2012 - dati AReS Puglia - sono stati dimessi 6301 (rispetto ai circa 12.000 del 2008) pazienti con DRG 088, con 9.8 giorni di degenza media (rispetto ai 9.7 del 2008) , con un costo DRG per paziente di 2266 euro (rispetto ai 2345 euro del 2008).



Il tasso di ospedalizzazioni per BPCO in Puglia, per 100.000 abitanti, nel 2012 è risultato essere di 152 , migliorato rispetto al 2007-2008 (350 per 100.000 abitanti) - dati Ministero della Salute confrontati con dati del Progetto SIVEAS 2007-2008

Il costo medio annuo per ogni paziente affetto da BPCO ammonterebbe a 2724 euro (Dal Negro et. al. Respiratory Medicine: Studio SIRIO), di cui il 92% è rappresentato dai soli costi diretti: in particolare il 19.6% è dato dalla terapia farmacologica, il 59.1% dalle ospedalizzazioni, il 6% dagli esami strumentali.

Le ospedalizzazioni sono generalmente la conseguenza delle riacutizzazioni severe della BPCO, che incidono maggiormente sulla spesa sanitaria (Toy, COPD 2010). Gli attuali PDT si propongono di ridurre sostanzialmente tali costi attraverso una riduzione delle riacutizzazioni e quindi delle ospedalizzazioni.

Uno degli ultimi studi di farmaco-economia a tal proposito (Margaret K Pasquale et al. International Journal of COPD 2012) ci mostra che per ogni paziente che presenta due o più riacutizzazioni/anno

- il costo medio annuo della ospedalizzazione è pari a 2035 $ /paziente (vs 1756 $ dei pazienti non riacutizzatori)
- il costo annuo degli accessi al Pronto Soccorso è pari a 158 $/paziente/giorno (vs 87 $ dei pazienti non riacutizzatori)
- il costo annuo delle visite specialistiche ambulatoriali è pari a 1785 $ / paziente (vs 1121 $ dei pazienti non riacutizzatori)
- il costo annuo dei farmaci è pari a 1663 $ / paziente (vs 1401 $ dei pazienti non riacutizzatori)
- il costo totale annuo per ciascun paziente è pertanto pari a 6381 $ nei riacutizzatori (vs 4069 $ dei non riacutizzatori)

Una corretta strategia di cura, in linea con le attuali Linee Guida nazionali ed internazionali, espressa dagli attuali PDT, consente di ridurre il numero e la frequenza di riacutizzazioni. I dati di letteratura infatti dimostrano che:

- è indispensabile riconoscere i soggetti frequenti riacutizzatori.
- la terapia con broncodilatatori riduce la frequenza di riacutizzazioni e di ospedalizzazioni (Taskhin DP et al. New Engl. Journ. of Med. 2008 , Vogelmeier C. et al. New Engl. Journ. of Med. 2011)
- la terapia con broncodilatatori + corticosteroidi topici riduce ulteriormente la frequenza di riacutizzazioni (Calverley et al., Eur Resp J 2003, Caverley et al. . New Engl. Journ. of Med. 2007,

Nannini et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007). Contestualmente calano i costi per riacutizzazione e per ospedalizzazione (Dal Negro et al. International Journal of COPD 2007, Dal Negro et al. Multidisciplinary Respiratory Medicine 2010)

- la terapia, nei soggetti più compromessi, con due tipologie diverse di broncodilatatori + corticosteroidi topici sembra ridurre ulteriormente la frequenza di riacutizzazioni (Welte T. et al. Blue Journal 2009)
- la terapia con roflumilast riduce la frequenza di riacutizzazioni moderate e severe (Caverley et al. Lancet 2009)

Raccomandazioni sintetiche per il MMG

Tutti i pazienti

1. Chiedere al paziente sull'abitudine al fumo e registrare il dato in cartella .

2. Consigliare a tutti i fumatori di smettere di fumare ed eventualmente attuare un intervento più strutturato in funzione delle proprie competenze o inviare il paziente presso i centri per la disassuefazione.

3. Identificare i pazienti a rischio di BPCO in quanto fumatori o esposti a fattori inquinanti legati all'ambiente di vita o di lavoro.

4. Identificare i pazienti con possibile BPCO sintomatici per dispnea, tosse od espettorato persistenti, utilizzando possibilmente il questionario GOLD.

5. Proporre ai soggetti definiti ai punti 3 e 4 una valutazione funzionale spirometrica, mediante spirometria "in office" od inviando il paziente presso i presidi pneumologici territoriali.

Pazienti con diagnosi di BPCO

1. Rilevare periodicamente e registrare in cartella gli indici antropometrici.

2. Rilevare periodicamente e registrare in cartella la saturazione di O2 mediante pulsossimetro.

3. Registrare in cartella:
   a) i principali parametri spirometrici (VEMS, CVF, VEMS/CVF),
   b) la valutazione della dispnea mediante questionario (mMRC o CAT)
   c) i singoli episodi di riacutizzazione, specie se di intensità moderata/grave

4. Stabilire e monitorare, in collaborazione con lo specialista pneumologo, la terapia per la fase stabile della malattia e gli interventi più idonei in corso di riacutizzazione.

RACCOMANDAZIONI SINTETICHE per lo PNEUMOLOGO

1) Una diagnosi di BPCO deve essere sempre considerata in tutti i pazienti che presentino sintomatologia tipica (dispnea, tosse cronica, espettorato cronico) e fattori di rischio (fumo di tabacco, esposizione lavorativa, inquinamento domestico o ambientale)

2) **L'esame spirometrico è indispensabile per poter porre diagnosi di BPCO: deve sempre essere eseguito il test di broncoreversibilità**

3) La diagnosi di BPCO, che non può prescindere dall' esame spirometrico, richiede tuttavia una **valutazione globale** della patologia che ne consenta una **valutazione di gravità ed il posizionamento del paziente in una delle quattro fasce di gravità**

4) Per la valutazione della gravità è indispensabile riportare sempre: abitudine tabagica con numero di pack/year, spirometria post-broncodilatazione, scala della dispnea mMRC, questionario CAT, BMI, test del cammino dei 6 minuti, BODE index, comorbilità, numero di riacutizzazioni moderate e/o severe annue.

5) La terapia della BPCO in fase stabile deve essere conseguente al posizionamento del paziente in una delle fasce di gravità.

6) La terapia della riacutizzazione della BPCO deve essere modulata in relazione alla gravità della riacutizzazione

7) Il paziente deve essere rivalutato periodicamente al fine di verificare il livello di gravità e la terapia

DEFINIZIONE

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), una frequente malattia prevenibile e trattabile, è caratterizzata da una persistente limitazione al flusso aereo (di seguito denominata ostruzione bronchiale), che è solitamente evolutiva e associata ad una aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree e del polmone a particelle nocive o gas (fumo di sigaretta o altri inquinanti come poveri, gas e vapori irritanti).
Le riacutizzazioni e la presenza di comorbidità contribuiscono alla gravità complessiva nei singoli pazienti.
Si tratta della più frequente patologia cronica dell' apparato respiratorio, è spesso sottostimata e diagnosticata tardivamente. E' ai primi posti come causa di morte e disabilità anche in Puglia.

PREVALENZA, MORBIDITA', MORTALITA' ED IMPATTO ECONOMICO

Si stima che il 4.5% della popolazione generale sia affetta da BPCO.
La prevalenza della BPCO in Puglia, secondo i dati del Progetto Quadro è del 3.1 % (tale dato è stato ottenuto utilizzando items amministrativi identificativi di patologia su una coorte di soggetti di età superiore ai 45 anni)

Le riacutizzazioni rappresentano la causa più frequente di ospedalizzazione in corso di BPCO.
Il tasso medio italiano per ricoveri per BPCO nel 2009 è stato pari a 166 per 100.000 residenti di età compresa tra i 50 e i 74 anni. In Puglia è stato pari a 350 / 100.000.

La BPCO presenta un pesante impatto socio-economico: assorbe circa il 6% dell'intera spesa sanitaria nazionale e comporta 10.5 giornate di assenza dal lavoro per paziente con BPCO/anno
L'impatto epidemiologico, clinico, sociale e socio-economico è infatti in progressivo ed apparentemente inarrestabile incremento, passando da 2.100 euro x paziente nel 2002 a 2723 nel 2008.
Il 92% è composto dai soli costi diretti (di essi il 76% è attribuibile alle ospedalizzazioni, mentre il 16% è attribuibile al trattamento farmacologico)

La BPCO, che era al sesto posto come causa di morte nel 1990, diventerà la terza causa di morte nel mondo entro il 2020

La morbidità da BPCO può essere influenzata da altre comorbidità croniche direttamente correlate alla BPCO (per esempio le malattie cardiovascolari, il deficit muscolo-scheletrico, il diabete mellito), che possono avere un'influenza sullo stato di salute del paziente e sul trattamento della BPCO.

DIAGNOSI

Una diagnosi di BPCO deve essere sempre considerata in tutti i pazienti che presentino sintomatologia tipica (dispnea, tosse cronica, espettorato cronico) e fattori di rischio (fumo di tabacco, esposizione lavorativa, inquinamento domestico o ambientale)

E' molto utile somministrare a questo proposito il Questionario GOLD

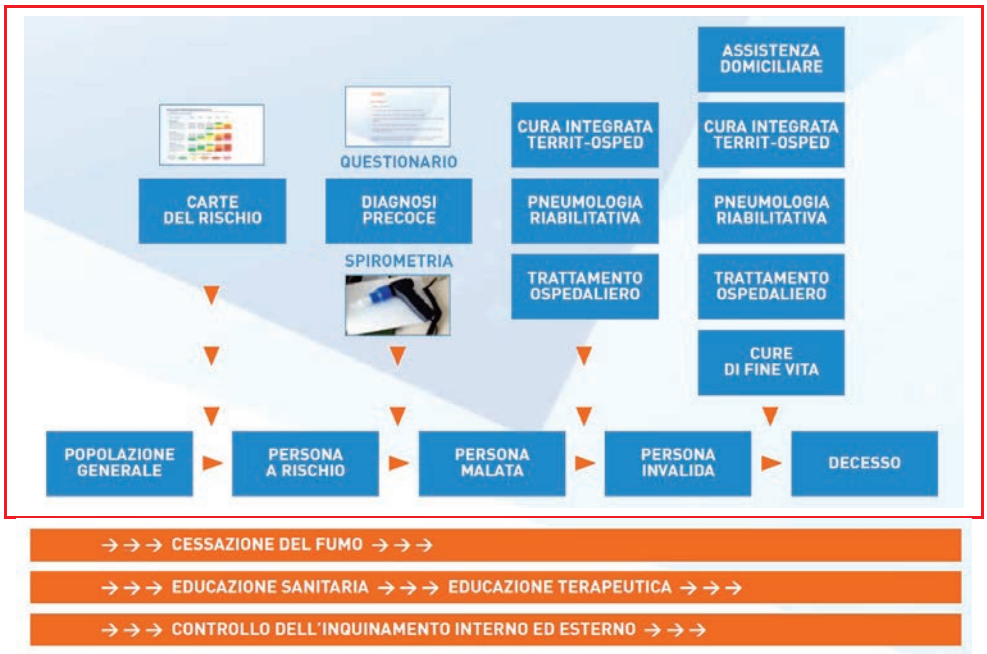
•Sai cos'è la BPCO? È la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, una patologia bronco-polmonare molto frequente, anche se molti pazienti ne sono affetti senza saperlo.

•Rispondi alle domande e scopri se sei affetto da BPCO.

1. **Hai tosse e catarro frequentemente?**	SI	NO
2. **Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei?**	SI	NO
3. **Hai limitato l'attività fisica per questo?**	SI	NO
4. **Hai più di 40 anni?**	SI	NO
5. **Sei un fumatore o lo sei stato?**	SI	NO

Se hai risposto sì a tre o più domande potresti essere affetto da BPCO, chiedi al tuo medico se ritiene necessario che tu faccia una spirometria. Una diagnosi precoce di BPCO è fondamentale nel prevenire un aggravamento di questa malattia.

Le linee generali riguardanti la prevenzione nella popolazione generale e nelle persone a rischio, la diagnosi precoce, il monitoraggio e la prevenzione delle complicanze possono essere illustrate nel grafico seguente:



La **carte del rischio correlate al fumo di sigaretta** servono a calcolare il numero di volte in più che il soggetto fumatore o ex fumatore rischia di ammalarsi di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rispetto al non fumatore della stessa classe di età. Il rischio di ammalarsi del soggetto è riferito ai 10 anni successivi alla sua età.

Distinguiamo:

Carta del rischio assoluto

Il rischio è calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, **senza** nessuna esposizione aggiuntiva e/o con l'esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche e
con l'esposizione a inquinamento ambientale.

Carta del rischio relativo

Il rischio è calcolato per i non fumatori, gli ex-fumatori e i fumatori, considerando invece i fattori di rischio ai quali il soggetto è o non è esposto: esposizione lavorativa a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche ed esposizione a inquinamento ambientale.

Rischio Assoluto di BPCO nella Popolazione Maschile

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio - in percentuale

molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
< 3%	3-4%	5-9%	10-19%	20-39%	≥40%

Rischio Assoluto di BPCO nella Popolazione Femminile

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio - in percentuale

molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
< 3%	3-4%	5-9%	10-19%	20-39%	≥40%

Rischio Relativo di BPCO nella Popolazione Maschile

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatori					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio - in numero di volte

molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
1	1-2	2-3	3-4	4-5	>5

Rischio Relativo di BPCO nella Popolazione Femminile

Età del soggetto	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Non-fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Ex-fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					
Fumatrici					
Nessuna esposizione					
Esposizione ambientale					
Esposizione lavorativa					
Entrambe le esposizioni					

Livelli di rischio- in numero di volte

molto basso	basso	lieve	moderato	alto	molto alto
1	1-2	2-3	3-4	4-5	>5

L'esame spirometrico è indispensabile per poter porre diagnosi di BPCO

- un VEMS/FCV < 0,70 conferma la presenza di limitazione al flusso aereo e quindi conferma la diagnosi di BPCO
- L'esame spirometrico va eseguito dopo dose adeguata di un broncodilatatore a breve durata d'azione (400 microgrammi di salbutamolo frazionato in quattro dosi) finalizzata a ridurre la variabilità del test
- Ove possibile, i valori spirometrici misurati vanno espressi in percentuale dei rispettivi valori normali al fine di evitare diagnosi inappropriate negli anziani (è preferibile adottare come limite inferiore di normalità il 95mo percentile del valore predetto per età e sesso - nella pratica 88 ed 89% nell'uomo e nella donna)
- La registrazione dovrebbe proseguire abbastanza a lungo da raggiungere un plateau del volume, e può richiedere anche più di 15 secondi nella malattia grave.
- FCV e VEMS dovrebbero essere ottenuti come valore più alto di una delle 3 curve flusso/volume correttamente eseguite e i valori di FCV e VEMS in queste tre curve non dovrebbero variare piu del 5% o 100 ml, qualunque sia il valore piu alto.
- Il rapporto VEMS/FCV dovrebbe essere quello ottenuto dalla curva migliore che ha la somma maggiore di FCV e VEMS.

La diagnosi di BPCO, che non può prescindere dall' esame spirometrico, richiede tuttavia una **valutazione globale** della patologia che ne consenta una **valutazione di gravità**. In particolare devono essere considerati:

- gli indicatori di severità (FEV1 - IC/TLC, PaO2, PaCO2, 6mWT, comorbilità)
- gli indicatori di attività (abitudine tabagica, declino del FEV1, numero di riacutizzazioni annue, BMI, biomarkers)
- gli indicatori di impatto (scala mMRC, scala CAT)

Di grande importanza, soprattutto nella predizione di mortalità, resta la valutazione del BODE INDEX.

Anche l'indagine radiografica con RX e eventuale TC TORACE sono utili

La spirometria – **indagine cardine per formulare la diagnosi di BPCO** - è utilizzata per la valutazione della compromissione funzionale e per la differenziazione in stadi di gravità della malattia

In pazienti con VEMS/CVF < 0.70 dopo broncodilatatore

GOLD 1: Lieve	VEMS ≥ 80% del teorico
GOLD 2: Moderata	50% ≤ VEMS < 80% del teorico
GOLD 3: Grave	30% ≤ VEMS < 50% del teorico
GOLD 4: Molto Grave	VEMS < 30% del teorico

Gli strumenti **diagnostici accessori necessari** per valutare **il livello di gravità** sono i seguenti:

1. EMOGASANALISI (pH, PaCO2, PaO2, BE)
2. SATURIMETRIA
3. SCALA mMRC e/o CAT
4. ELENCO DELLE COMORBILITA'
5. ABITUDINE TABAGICA (pack/year)
6. BMI
7. BODE INDEX
8. FREQUENZA DELLE RIACUTIZZAZIONI

Scala della dispnea mMRC

Rispondere a una sola domanda

0	DISPNEA PER ESERCIZIO INTENSO
1	DISPNEA CAMMINANDO A PASSO SVELTO IN PIANURA O CAMMINANDO SU UNA LEGGERA SALITA
2	IMPOSSIBILITA' A MANTENERE IL PASSO DEI COETANEI O NECESSITA' DI FERMARSI PER LA DISPNEA CAMMINANDO AL PROPRIO PASSO IN PIANURA
3	NECESSITA' DI FERMARSI PER LA DISPNEA DOPO 100 METRI O DOPO POCHI MINUTI IN PIANURA
4	IMPOSSIBILITA' AD USCIRE DI CASA A CAUSA DELLA DISPNEA

QUESTIONARIO CAT

			PUNTEGGIO
Non tossisco mai	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia	
		PUNTEGGIO TOTALE	

Il logo COPD Assessment Test e CAT è un marchio registrato del gruppo di società GlaxoSmithKline.
© 2009 GlaxoSmithKline. Tutti i diritti riservati.

L'interpretazione

Punteggio CAT	Impatto della BPCO sulla vita del paziente
> 30	Molto alto
> 20	Alto
10-20	Medio
< 10	Basso

BODE INDEX

BODE Index

Variabili	Punteggio nel "BODE Index"				Valori	Punteggio
	0	1	2	3		
FEV 1 (% del predetto)	≥65	50-64	36-49	≤35		
Metri percorsi in 6 min	≥350	250-349	150-249	≤149		
Grado di dispnea (MMRC)	0-1	2	3	4		
Body-Mass Index	>21	≤21				
					Totale	

BODE Index Score	Mortalità a 1 anno	Mortalità a 2 anni	Mortalità a 52 mesi
0-2	2%	6%	19%
3-4	2%	8%	32%
4-6	2%	14%	40%
7-10	5%	31%	80%

Fondamentale è la valutazione anamnestica del **numero di riacutizzazioni/anno precedente** del singolo paziente affetto da BPCO.

Il miglior predittore di frequenti riacutizzazioni (2 o piu per anno) è una storia di eventi precedenti trattati. Inoltre, il peggioramento della limitazione del flusso aereo si associa ad aumento di prevalenza di riacutizzazioni e rischio di morte.

Il paziente che presenta 2 o più riacutizzazioni / anno è definito " fenotipo frequente riacutizzatore ", presenta un declino funzionale più rapido ed una mortalità più elevata. Studi recenti hanno dimostrato che il frequente riacutizzatore resta nel tempo tale (J.R. Hurst et coll. New England J. Med. 2009)

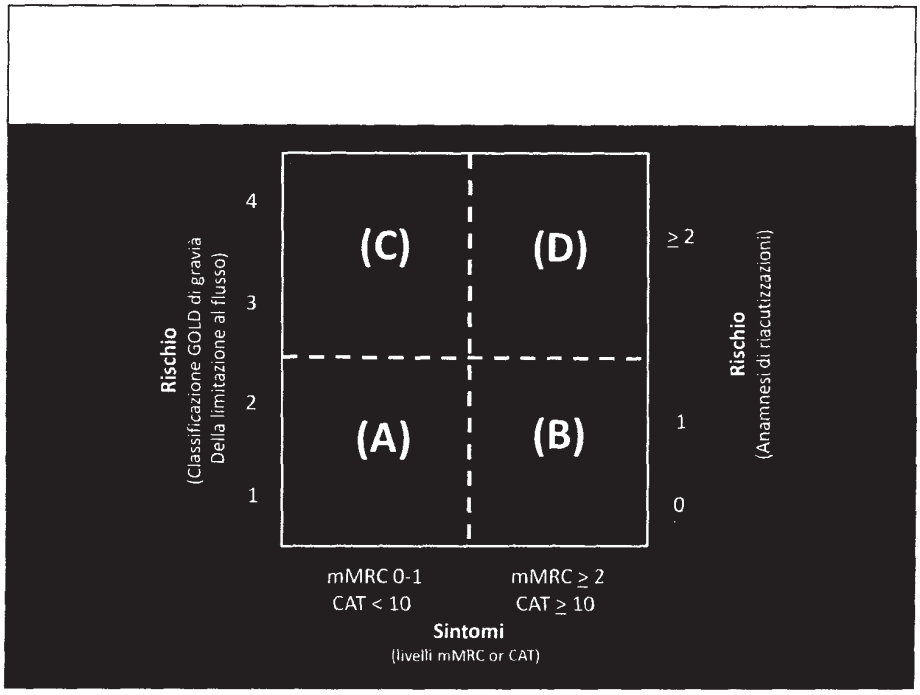
Ai fini della definizione di **" fenotipo riacutizzatore "** il paziente deve presentare due o più riacutizzazioni di BPCO di tipo moderato o severo / anno. Tale tipologia di riacutizzazione viene definita come **un evento acuto caratterizzato da peggioramento dei sintomi respiratori del paziente che va oltre le normali variazioni giornaliere e porta a un cambiamento nel trattamento**
(utilizzo di steroidi per via generale e/o antibiotici, necessità di ricovero). Nel caso in cui sia verificato anche un solo ricovero con necessità di ventilazione meccanica, il paziente va comunque considerato ad alto rischio.

Sono " frequenti riacutizzatori " circa il 20% dei pazienti dello stadio moderato, il 30% di quelli dello stadio grave e il 50% di quelli dello stadio molto grave.
Poiché la prevalenza della BPCO "stadio moderato" è maggiore di quella della BPCO "stadio grave", il numero assoluto dei "frequenti riacutizzatori" è più rilevante nelle forme moderate rispetto alle gravi.

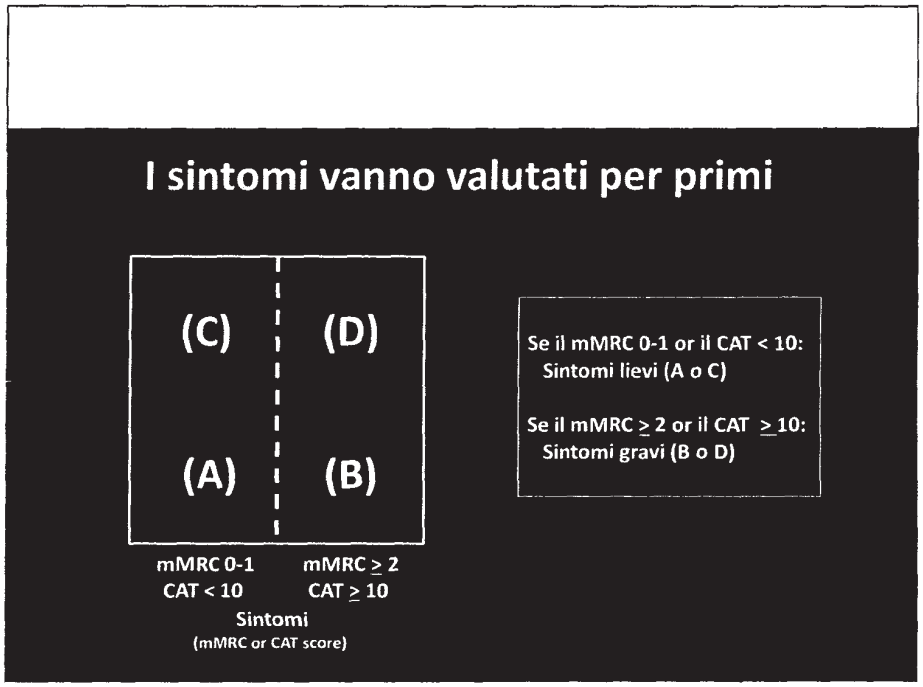
Di pari importanza è la valutazione della **comorbilità, i**n quanto ne influenzano negativamente la prognosi.
In generale, la presenza di comorbidità non dovrebbe modificare il trattamento della BPCO e le comorbidità dovrebbero essere trattate come se il paziente non avesse la BPCO.
La malattia cardiovascolare è la principale patologia concomitante nella BPCO. Anche l'osteoporosi e la depressione sono principali comorbidità della BPCO, spesso sono sotto-diagnosticate e associate a stato di salute e prognosi scadenti.
Il tumore polmonare viene osservato spesso nei pazienti con BPCO e sembra la causa più frequente di morte nei pazienti con BPCO lieve.

- **Asma**
- **Ipertensione polmonare**
- **Embolia polmonare**
- **Tumore del polmone**
- **Sindrome coronarica acuta**
- **Cardiopatia ischemica cronica**
- **Arteriopatia periferica**
- **Scompenso cardiaco cronico**
- **Obesità**
- **Sindrome metabolica**
- **Diabete mellito**
- **Cachessia**
- **Osteoporosi**
- **Depressione**
- **Decadimento cognitivo**
- **Reflusso gastroesofageo**

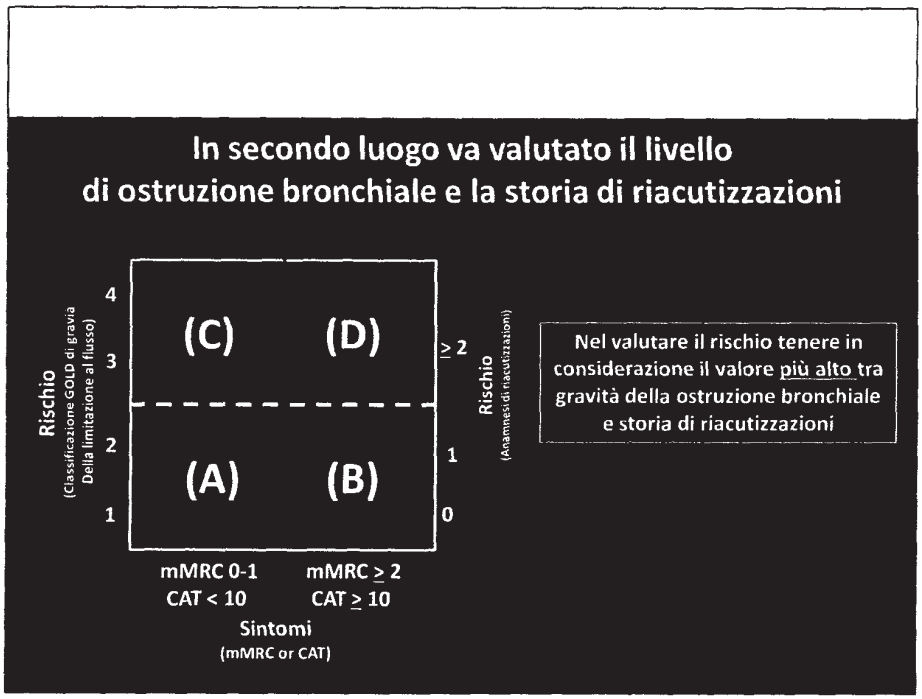
La valutazione combinata dei **SINTOMI** (grado di dispnea con **SCALA mMRC o CAT**) E **DEI FATTORI DI RISCHIO** (grado di compromissione funzionale con la **SPIROMETRIA** - storia di riacutizzazioni con la **ANAMNESI**) consentono di catalogare il paziente in **FASCE DI GRAVITA'(A, B, C, D)**
Per questo è opportuno utilizzare il seguente diagramma:



Per inquadrare agevolmente il paziente all'interno di una delle quattro fasce di gravità (**A, B, C, D**) è bene valutare in prima battuta i **SINTOMI**



In secondo va valutato il livello di **RISCHIO** (lo stadio GOLD e la storia di riacutizzazioni). **Nel valutare il rischio si deve tenere in considerazione il valore più alto tra gravità della ostruzione bronchiale (FEV1 post broncodilatazione < 50% indica ALTO RISCHIO) e storia di riacutizzazioni (≥ 2 riacutizzazioni/anno oppure ≥ 1 ricoveri/anno con necessità di ventilazione meccanica indicano ALTO RISCHIO)**



Il paziente potrà quindi essere catalogato in una delle 4 fasce di gravità, ovvero:

A: Sintomi lievi, basso rischio
B: Sintomi gravi, basso rischio
C: Sintomi lievi, alto rischio
D: Sintomi gravi, alto rischio

L'evidenza scientifica che supporta questo sistema di classificazione comprende:

- I pazienti con rischio elevato di riacutizzazioni tendono ad essere nelle categorie GOLD 3 e 4 (grave e molto grave limitazione del flusso aereo) e possono essere identificati in modo molto affidabile dalla loro storia passata;
- I tassi più alti di riacutizzazione sono associati a più rapido declino del VEMS e maggiore peggioramento dello stato di salute;
- I punteggi CAT ≥ 10 sono associati a un significativo deterioramento dello stato di salute.
- Anche in assenza di frequenti riacutizzazioni, i pazienti nelle categorie GOLD 3 e 4 possono essere a rischio maggiore di ricovero ospedaliero e morte , pertanto questo aumento importante del rischio rappresenta il razionale per includere tali pazienti nei gruppi a "Rischio Elevato".

Questo approccio, combinato con la valutazione delle potenziali comorbidità , riflette la complessità della BPCO in modo migliore rispetto all'analisi unidimensionale della limitazione del flusso aereo precedentemente utilizzata per stadiare la malattia e forma le basi per la scelta personalizzata
del trattamento

I FENOTIPI

Del tutto recentemente le linee guida SEPAR (Società Spagnola di Pneumologia e Chirurgia Toracica - Gruppo GesEPOC) 2012, hanno individuato 5 fenotipi di BPCO:

- **FENOTIPO ENFISEMATOSO NON RIACUTIZZATORE**
- **FENOTIPO BRONCHITICO CRONICO NON RIACUTIZZATORE**
- **FENOTIPO ENFISEMATOSO RIACUTIZZATORE**
- **FENOTIPO BRONCHITICO CRONICO RIACUTIZZATORE**
- **FENOTIPO MISTO BPCO-ASMA**

Per ciascuno di questi fenotipi è stata proposta una scala di gravità in 4 livelli in base al livello di BODE.

Per ciascuna fascia di gravità è stato proposto un approccio terapeutico.

Tale approccio, ancorchè suggestivo, merita ulteriori approfondimenti.

Al momento si suggerisce di valutare con particolare attenzione i soggetti con **FENOTIPO MISTO BPCO-ASMA.**

Trattasi di pazienti con test di broncoreversibilità positivo (incremento del FEV1 di ≥ 200 ml e/o ≥ 12% dopo somministrazione di 400 γ di salbutamolo).

Tali soggetti generalmente presentano eosinofilia nell'espettorato, FeNO (ossido nitrico esalato) aumentato, ipereattività bronchiale.

In tali soggetti, indipendentemente dal livello di gravità, è raccomandato un trattamento combinato con broncodilatatori e corticosteroidi topici (vedi trattamento)

Allegato 1.

Scheda paziente riepilogativa della stratificazione di gravità della BPCO da compilare a cura dello specialista, allegare al referto di visita specialistica o dimissione ospedaliera e da inviare al MMG.

Abitudine tabagica	pack/year *	
Tiffenau (VEMS/FCV) post-broncodilatazione	%	
FCV post-broncodilatazione	ml	
VEMS post-broncodilatazione	ml	
Stadio GOLD		
6mWT	metri	
BMI ^		
CAT		
mMRC		
BODE		
Comorbilità	numero totale	
Riacutizzazioni moderate o severe / anno §	numero	
Fascia di gravità (A,B,C,D)		

* numero di sigarette fumate giornalmente x numero di anni che si è fumato / 20

^ peso del soggetto in Kg / il quadrato della statura espressa in metri

§ definizione di riacutizzazione moderata / severa: **evento acuto caratterizzato da peggioramento dei sintomi respiratori del paziente che va oltre le normali variazioni giornaliere e porta a un cambiamento nel trattamento (utilizzo di steroidi per via generale e/o antibiotici, necessità di ricovero). Nel caso in cui sia verificato anche un solo ricovero con necessità di ventilazione meccanica, il paziente va comunque considerato ad alto rischio.**

TRATTAMENTO

Gli obiettivi del trattamento della BPCO sono:

- prevenire la progressione della malattia
- migliorare i sintomi
- migliorar la tolleranza allo sforzo
- migliorare lo stato di salute
- prevenire e curare le riacutizzazioni
- prevenire e curare le comorbilità
- ridurre la mortalità
- prevenire e minimizzare gli effetti collaterali della malattia

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO

Fumo di tabacco

La cessazione del fumo e l'intervento fondamentale per tutti i pazienti con BPCO che continuano a fumare indipendente dal livello di gravità di malattia (**Evidenza A**).

Un programma di intervento a cinque passaggi rappresenta una strategia utile per gli operatori sanitari interessati ad aiutare i loro pazienti a smettere di fumare:

1. **CHIEDERE**. Identificare sistematicamente ogni fumatore a ogni visita.
   Realizzare un servizio a livello di sistema che assicuri che a OGNI paziente a OGNI visita sia indagata e documentata la condizione tabagica.
2. **CONSIGLIARE**. Stimolare fermamente tutti i fumatori a smettere.
   Stimolare in modo chiaro, fermo e personalizzato ogni fumatore a smettere.
3. **VALUTARE**. Determinare la volontà di fare un tentativo di cessazione.
   Chiedere a ogni fumatore se vuole fare un tentativo di cessazione in quel momento (per esempio entro i prossimi 30 giorni).
4. **ASSISTERE**. Aiutare il paziente a smettere.
   Aiutare il paziente con un intervento di cessazione; offrire consigli pratici; fornire supporto sociale intra-trattamento; aiutare il paziente a ottenere supporto sociale extra-trattamento; raccomandare l'utilizzo di terapia farmacologica approvata tranne particolari circostanze; fornire materiale di supporto.
5. **ORGANIZZARE**. Programmare un contatto di follow-up.
   Programmare un contatto di follow-up sia personalmente che per telefono.

Prodotti sostitutivi della nicotina.

La terapia sostitutiva nicotinica in qualsiasi forma (gomme da masticare, inalatori, spray nasali, cerotti transdermici, compresse sublinguali e pastiglie) aumenta in modo significativo i tassi di astinenza da fumo a lungo termine ed è più efficace del placebo.
Le controindicazioni mediche alla terapia sostitutiva nicotinica comprendono la coronaropatia instabile, l'ulcera peptica non trattata, un recente infarto del miocardio o un recente ictus cerebrale.

Farmaci.

Vareniclina e bupropione hanno mostrato di aumentare i tassi di astinenza a lungo termine (30% circa ad un anno il bupropione) , ma andrebbero inseriti sempre come elementi di un programma di intervento di supporto piuttosto che somministrati da soli.

1. La dipendenza dal fumo è una condizione cronica che giustifica un trattamento ripetuto finché viene ottenuta un'astinenza a lungo termine o permanente.
2. I trattamenti efficaci per la dipendenza da fumo esistono e andrebbero proposti a tutti i fumatori.
3. I medici e le strutture sanitarie devono formalizzare la costante identificazione, la documentazione e il trattamento di ogni fumatore ad ogni visita.
4. Un breve consulenza sulla cessazione del fumo è efficace e andrebbe proposta a ogni fumatore durante ogni contatto con gli operatori sanitari.
5. Esiste una forte relazione dose-risposta tra l'intensità della consulenza sulla dipendenza da fumo e la sua efficacia.
6. Tre tipi di consulenza sono risultate particolarmente efficaci: consulenza pratica, supporto sociale come parte del trattamento, supporto sociale organizzato al di fuori del trattamento.
7. Terapie farmacologiche di prima linea per la dipendenza da fumo - vareniclina, bupropione a rilascio controllato, gomma alla nicotina, inalatore alla nicotina, spray nasale alla nicotina e cerotto alla nicotina – sono efficaci e almeno uno di questi farmaci dovrebbe essere prescritto in assenza di controindicazioni.
8. I trattamenti per la dipendenza da fumo sono costo-efficaci rispetto ad altri interventi medici e preventivi di malattia.

La consulenza effettuata dai medici e da altri professionisti sanitari aumenta in modo significativo il tasso di cessazione rispetto alle strategie iniziate in modo individuale (**Evidenza A**)

Esposizioni professionali

Sebbene al momento non siano ancora stati fatti studi per dimostrare se gli interventi per diminuire l'esposizione professionale riducano anche l'impatto della BPCO, sembra di buon senso consigliare ai pazienti di evitare esposizioni continue a fattori aggravanti potenziali, quando possibile (**Evidenza D**).

Inquinamento atmosferico interno ed esterno

Ridurre il rischio di inquinamento atmosferico interno ed esterno e fattibile e richiede insieme interventi di politica pubblica, impiego di risorse locali e nazionali, variazioni culturali e misure di protezione adottate dai singoli pazienti.
La diminuzione dell'esposizione al fumo da combustibili di biomassa, in particolare tra le donne e i bambini, rappresenta un obiettivo cruciale per ridurre la prevalenza della BPCO nel mondo.
Sistemi di efficiente ventilazione, stufe per cucinare non-inquinanti, utilizzo di canne fumarie e interventi simili sono fattibili e dovrebbero essere raccomandati (**Evidenza B**).

TERAPIA DELLA BPCO IN FASE DI STABILITA'

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica per la BPCO è volta a ridurre i sintomi, a ridurre la frequenza e la gravita delle riacutizzazioni, a migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo.
Oggi nessuno dei farmaci disponibili per la BPCO si è dimostrato capace di modificare effettivamente il declino a lungo termine della funzionalità polmonare, quando questo viene considerato obiettivo primario o secondario negli studi clinici
Tuttavia evidenze post-hoc, in sottogruppi di pazienti selezionati, hanno dimostrato che:

- La terapia con salmeterolo + fluticasone diproprionato, o dei singoli componenti, riduce il declino del FEV1 post-broncodilatazione nei BPCO in stadio GOLD III, rallentando così la progressione di malattia (B.R. Celli et coll. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2008;178:332-338)
- La terapia con tiotropio riduce il declino del FEV1 post-broncodilatazione nei BPCO in stadio GOLD II (M. Decramer et coll. Lancet 2009;374:1171-1178)

I farmaci comunemente utilizzati nella terapia della BPCO stabile sono i seguenti:

FARMACO	INALATORE (mcg)	SOLUZIONE DA NEBULIZZARE (mg/ml)	ORALE	FIALE PER INIEZIONE (mg)	DURATA DI AZIONE
β2-agonisti					
a breve durata di azione					
Fenoterolo	100-200 (MDI)	1	0.05% (sciroppo)		4-6
Levalbuterolo	45-90 (MDI)	0.21, 0.42			6-8
Salbutamolo (Albuterolo)	100, 200 (MDI e DPI)	5	5 (cp) 0.024% (sciroppo)	0.1 , 0.5	4-6
Terbutalina	400, 500 (MDI)				4-6
a lunga durata di azione					
Formeterolo	4.5 - 12 (MDI e DPI)	0.01			12
Arfometerolo		0.0075			12
Indacaterolo	75-300 (DPI)				24
Salmeterolo	25-50(MDI e DPI)				12
Tulobuterolo				2 (transdermico)	
anticolinergici					
a breve durata di azione					
Ipratropio bromuro	20, 40 (MDI)	0.25 - 0.5			6-8
Oxitropio bromuro	100 (MDI)	1.5			7-9
a lunga durata di azione					
Aclidinio bromuro	400 (DPI)				12
Glicopirronio	44 (DPI)				24
Tiotropio	18 (DPI) 5 (SMI)				24
combinazione di β2-agonisti a breve durata di azione + anticolinergici a breve durata di azione in unico inalatore					
Fenoterolo/Ipratropio	200/80 (MDI)	1.25/0.5			6-8
Salbutamolo/Ipratropio	75/15 (MDI)	0.75/0.5			6-8

metilxantine					
Aminofillina			200-600 mg (cp)	240 mg	Variabile (< 24h)
Teofillina (SR)			100-600 mg (cp)		Variabile (< 24h)
corticosteroidi inalatori					
Beclometasone	50-400 (MDI e DPI)	0.2 - 0.4			
Budesonide	100, 200, 400 (DPI)	0.20, 0.25, 0.5			
Fluticasone	50-500 (MDI e DPI)				
combinazione di β2-agonisti a breve durata di azione + corticostrodi in unico inalatore					
Formeterolo/Budesonode	4.5/160 (MDI) 9/320 (DPI)				
Formeterolo/Mometasone	10/200 (MDI) 10/400 (MDI)				
Salmeterolo/Fluticasone	50/100,250,500 (DPI) 25/50,125,250 (MDI)				
corticosteroidi sistemici					
Prednisone			5, 25 mg (cp)		
Metilprednisolone			4,16 mg (cp)		
FARMACO	INALATORE (mcg)	SOLUZIONE DA NEBULIZZARE (MG/ML)	ORALE	FIALE PER INIEZIONE (mg)	DURATA DI AZIONE
Inibitori fosfodiesterasi 4					
Roflumilast			500 mcg (cp)		

Due farmaci broncodilatatori anticolinergici a lunga durata di azione, il **glicopirronio** e **l'aclidinio bromuro,** del tutto recentemente sono entrati in commercio in Italia.
Si resta in attesa della implementazione del loro utilizzo nelle linee guida nazionali ed internazionali.

In Italia non sono attualmente disponibili il levalbuterolo, l' arformeterolo, il tulobuterolo, nè l'associazione formeterolo/mometasone. Non tutte le formulazioni sono disponibili in ogni paese; in alcuni sono disponibili altre formulazioni.

La via inalatoria è quella di scelta ma è essenziale porre attenzione sull'effettiva efficacia del farmaco ed eseguire un training sulle modalità di utilizzo**.**

BRONCODILATATORI

In termini generali possiamo affermare che i broncodilatatori svolgono un ruolo centrale nel trattamento dei sintomi della BPCO.

In particolare:

- La terapia inalatoria è preferibile.
- La scelta fra β2-agonisti, anticolinergici, teofillinici o la terapia di combinazione dipende dalla disponibilità dei farmaci e dalla risposta individuale del paziente in termini di sollievo dai sintomi e di effetti collaterali.
- I broncodilatatori si prescrivono al bisogno oppure regolarmente per prevenire o ridurre i sintomi.
- I broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione sono convenienti e più efficaci nel produrre un sollievo prolungato dai sintomi rispetto ai broncodilatatori a breve durata d'azione.
- Combinare broncodilatatori di classi farmacologiche diverse può migliorarne l'efficacia e ridurre il rischio di effetti collaterali rispetto alla strategia di aumentare la dose di un singolo broncodilatatore

β2-agonisti

Gli effetti broncodilatatori dei b2-agonisti **a breve durata d'azione** solitamente si esauriscono in 4-6 ore. L'utilizzo regolare e al bisogno di b2-agonisti a breve durata d'azione migliora il VEMS e i sintomi (**Evidenza B**)
I β2-agonisti inalatori **a lunga durata d'azione** possiedono una durata d'azione di 12 o più ore. Il formoterolo e il salmeterolo migliorano significativamente il VEMS e i volumi polmonari, la dispnea, la qualità di vita legata alla salute e il tasso di riacutizzazioni (**Evidenza A**), ma non hanno alcun effetto sulla mortalità e sul declino della funzione polmonare. Il salmeterolo riduce il tasso di ricoveri ospedalieri (**Evidenza B**). L' indacaterolo è un nuovo β2-agonista a lunga durata d'azione con durata d'azione pari a 24 ore, che migliora significativamente il VEMS, la dispnea e la qualità di vita legata alla salute (**Evidenza A**).
Nonostante i timori nati alcuni anni fa e legati ai β2-agonisti nel trattamento dell'asma, studi ulteriori dettagliati non hanno trovato correlazione tra l'uso dei β2-agonisti e l'accelerato declino della funzionalità respiratoria o l'aumento della mortalità nella BPCO.

anticolinergici

Gli effetti broncodilatatori degli anticolinergici inalatori **a breve durata d'azione** persistono più a lungo di quelli dei β2-agonisti a breve durata d'azione, con una broncodilatazione che dura generalmente fino a 8 ore dalla loro somministrazione. Il **tiotropio** possiede una durata d'azione superiore a 24 ore, riduce le riacutizzazioni e i ricoveri ospedalieri conseguenti, migliora i sintomi e lo stato di salute (**Evidenza A**), e aumenta l'efficacia della riabilitazione respiratoria (**Evidenza B**).

Del tutto recentemente sono entrati in commercio in Italia altri due farmaci broncodilatatori anticolinergici: il **glicopirronio** e **l'aclidinio bromuro.**
Il glicopirronio (capsule con polvere da 44 microgrammi da somministrare per via inalatoria) si utilizza in monosomministrazione, mentre **l' aclidinium bromuro (capsule con polvere da 400 microgrammi da somministrare per via inalatoria)** si somministra due volte al giorno ogni 12 ore.

β2-agonisti + anticolinergici

Combinare broncodilatatori con diverso meccanismo e durata d'azione può migliorarne l'efficacia e ridurre il rischio di effetti collaterali rispetto alla strategia di aumentare la dose di un singolo broncodilatatore.
Una breve terapia di combinazione a breve termine con formoterolo e tiotropio rispetto a una monoterapia ha dimostrato di avere un'influenza maggiore sul VEMS. (**Evidenza B**).
La combinazione di β2-agonisti a breve durata d'azione e anticolinergici è risultata superiore rispetto alla monoterapia in termini di VEMS e di sintomi (**Evidenza B**).

metilxantine

La teofillina è meno efficace e meno ben tollerata dei broncodilatatori inalatori a lunga durata d'azione e non è raccomandata quando questi farmaci sono disponibili e convenienti.
Tuttavia, esiste evidenza di un modesto effetto broncodilatatore rispetto al placebo nella BPCO stabile(**Evidenza A**) ed esiste anche qualche evidenza di un beneficio sintomatico rispetto al placebo. L'aggiunta della teofillina al salmeterolo determina miglioramento del VEMS e della dispnea rispetto al salmeterolo da solo (**Evidenza B**). Bassi dosaggi di teofillina riducono le riacutizzazioni ma non migliorano la funzionalità polmonare post-broncodilatatore (**Evidenza B**).
La tossicità è dose-dipendente, e questo costituisce un problema particolare con i derivati delle xantine poiché il loro indice terapeutico è basso e la maggior parte dei benefici compare solo con la somministrazione di dosi prossime a quelle tossiche.

CORTICOSTEROIDI

corticosteroidi inalatori

Il regolare trattamento con corticosteroidi inalatori migliora la sintomatologia, la funzionalità polmonare e la qualità di vita e riduce la frequenza delle riacutizzazioni nei pazienti affetti da BPCO con VEMS <60% del predetto (**Evidenza A**). In alcuni pazienti l'interruzione del trattamento con corticosteroidi inalatori può portare

alla comparsa di riacutizzazioni. Il trattamento regolare con corticosteroidi inalatori non modifica il declino a lungo termine del VEMS né la mortalità nei pazienti con BPCO (**Evidenza A**).

corticosteroidi inalatori + broncodilatatori

La combinazione di un corticosteroide inalatorio con un β2-agonista a lunga durata d'azione è più efficace rispetto ai singoli componenti nel migliorare la funzione polmonare e lo stato di salute e nel ridurre le riacutizzazioni in pazienti con BPCO da moderata (**Evidenza B**) a molto grave (**Evidenza A**). La terapia di combinazione e associata a maggior rischio di polmonite, ma a nessun altro effetto collaterale significativo (**Evidenza A**). L'aggiunta del tiotropio alla combinazione di β2-agonisti a lunga durata d'azione e corticosteroidi inalatori migliora la funzionalità polmonare e la qualità di vita e può ulteriormente ridurre le riacutizzazioni (**Evidenza B**), tuttavia sono necessari altri studi sulla triplice terapia.

corticosteroidi orali

A causa della ben nota tossicità del trattamento a lungo termine con corticosteroidi orali, gli studi prospettici sugli effetti a lungo termine di questi farmaci nella BPCO sono limitati.

inibitori della fosfodiesterasi-4

Il roflumilast è in grado di ridurre le riacutizzazioni moderate e gravi trattate con corticosteroidi per il 15-20% in pazienti con bronchite cronica, BPCO grave e molto grave e storia di riacutizzazioni (**Evidenza A**). Gli effetti sulla funzionalità polmonare si apprezzano anche quando il roflumilast viene aggiunto ai broncodilatatori a lunga durata d'azione (**Evidenza A**), mentre restano controversi gli effetti correlati sui pazienti.

Le indicazioni attuali all'utilizzo del roflumilast prevedono l'utilizzo del farmaco qualora sussistano tutte le seguenti caratteristiche:

1. pazienti che presentano un VEMS ≤ 50%
2. pazienti frequenti riacutizzatori (≥ 2 riacutizzazioni / anno)
3. pazienti che presentano tosse produttiva con espettorato mucopurulento in corso di riacutizzazione

Gli inibitori della fosfodiesterasi-4 hanno più effetti collaterali rispetto agli altri farmaci utilizzati per via inalatoria nella BPCO. I più frequenti effetti collaterali sono nausea, riduzione dell'appetito, dolori addominali, diarrea, disturbi del sonno e cefalea. dovrebbe essere evitata la terapia con roflumilast nei pazienti sottopeso. Il roflumilast andrebbe anche utilizzato con cautela nei pazienti con depressione.
Il roflumilast e la teofillina non devono essere somministrati contemporaneamente.

ALTRI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

vaccini

I vaccini **anti-influenzali** possono ridurre il rischio di malattie gravi (come le infezioni del tratto respiratorio inferiore che richiedono ricovero ospedaliero267) e di morte in pazienti con BPCO (**Evidenza A**). Sono raccomandati i vaccini che contengono virus vivi o morti, inattivati. in quanto sono più efficaci in pazienti anziani con BPCO.
Il vaccino polisaccaridico **pneumococcico** è raccomandato in pazienti con BPCO di 65 anni e oltre, e anche in pazienti più giovani con significative comorbidità come le malattie cardiache. Inoltre, questo vaccino ha mostrato di ridurre l'incidenza di polmonite acquisita in comunità nei pazienti con BPCO più giovani di 65 anni con un VEMS <40% del predetto277 (**Evidenza B**).

alfa-1-antitripsina

I giovani pazienti con grave deficit ereditario di alfa-1 antitripsina ed enfisema conclamato possono essere candidati alla terapia sostitutiva con alfa-1 antitripsina (**Evidenza C**).

antibiotici

L'impiego di antibiotici non è indicato (**Evidenza B**), tranne che per trattare le riacutizzazioni infettive di BPCO e altre infezioni batteriche.

agenti mucolitici ed antiossidanti

Il beneficio complessivo sembra essere molto scarso, pertanto l'impiego diffuso di questi agenti oggi non può essere raccomandato (**Evidenza D**). Esiste qualche evidenza, tuttavia, che in pazienti con BPCO non trattati con corticosteroidi inalatori, la terapia con mucolitici come la carbocisteina e la N-acetilcisteina possa ridurre le riacutizzazioni (**Evidenza B**).

immunoregolatori

Oggi il loro uso regolare non è raccomandato

sedativi della tosse

Oggi il loro uso regolare non è raccomandato

Sintesi terapia farmacologica

Dopo aver adeguatamente classificato il paziente in una delle quattro fasce di gravità, si passa quindi alla scelta della terapia più idonea:

Gruppo di pazienti	Prima scelta	Seconda scelta	Scelte alternative
A	Anticolinergico a breve durata di azione oppure β2 – agonista a breve durata d'azione al bisogno	Anticolinergico a lunga durata d'azione oppure β2 – agonista a lunga durata d'azione oppure Anticolinergico a breve durata d'azione + β2 – agonista a breve durata d'azione	teofillina
B	Anticolinergico a lunga durata d'azione oppure β2 – agonista a lunga durata d'azione	Anticolinergico a lunga durata d'azione + β2 – agonista a lunga durata d'azione	Anticolinergico a breve durata d'azione e/o β2 – agonista a breve durata d'azione Teofillina
C	Corticosteroide inalatorio + β2 – agonista a lunga durata d'azione oppure Anticolinergico a lunga durata d'azione	Anticolinergico a lunga durata d'azione + β2 – agonista a lunga durata d'azione oppure Anticolinergico a lunga durata d'azione + Inibitore della fosfodiesterasi – 4	Anticolinergico a breve durata d'azione e/o β2 – agonista a breve durata d'azione Teofillina

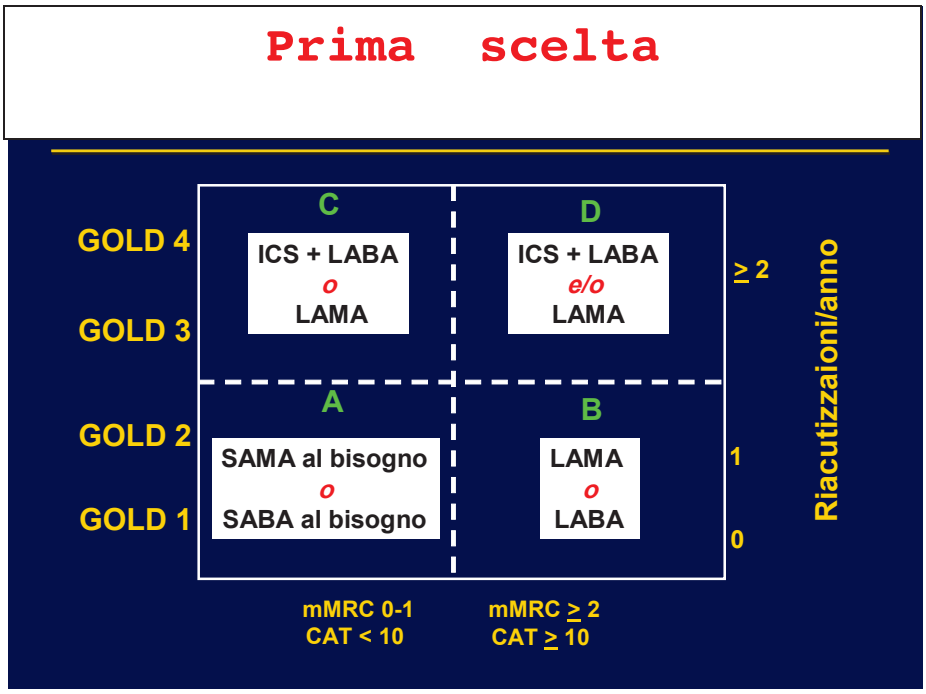
		oppure β2 – agonista a lunga durata d'azione + Inibitore della fosfodiesterasi – 4	

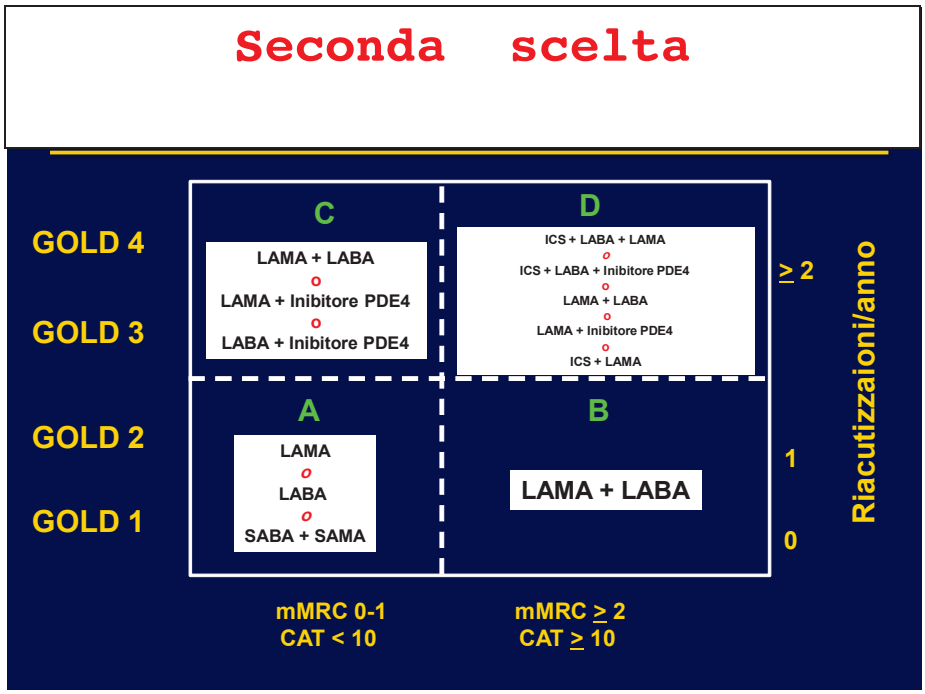
Gruppo di pazienti	Prima scelta	Seconda scelta	Scelte alternative
D	Corticosteroide inalatorio + β2 – agonista a lunga durata d'azione e/o Anticolinergico a lunga durata d'azione	Corticosteroide inalatorio + β2 – agonista a lunga durata d'azione + Anticolinergico a lunga durata d'azione oppure Corticosteroide inalatorio + β2 – agonista a lunga durata d'azione + Inibitore della fosfodiesterasi – 4 oppure Anticolinergico a lunga durata d'azione + β2 – agonista a lunga durata d'azione oppure Anticolinergico a lunga durata d'azione + Inibitore della fosfodiesterasi – 4 Oppure Anticolinergico a lunga durata d'azione + Corticosteroide inalatorio	Anticolinergico a breve durata d'azione e/o β2 – agonista a breve durata d'azione Teofillina Carbocisteina N-acetil-cisteina

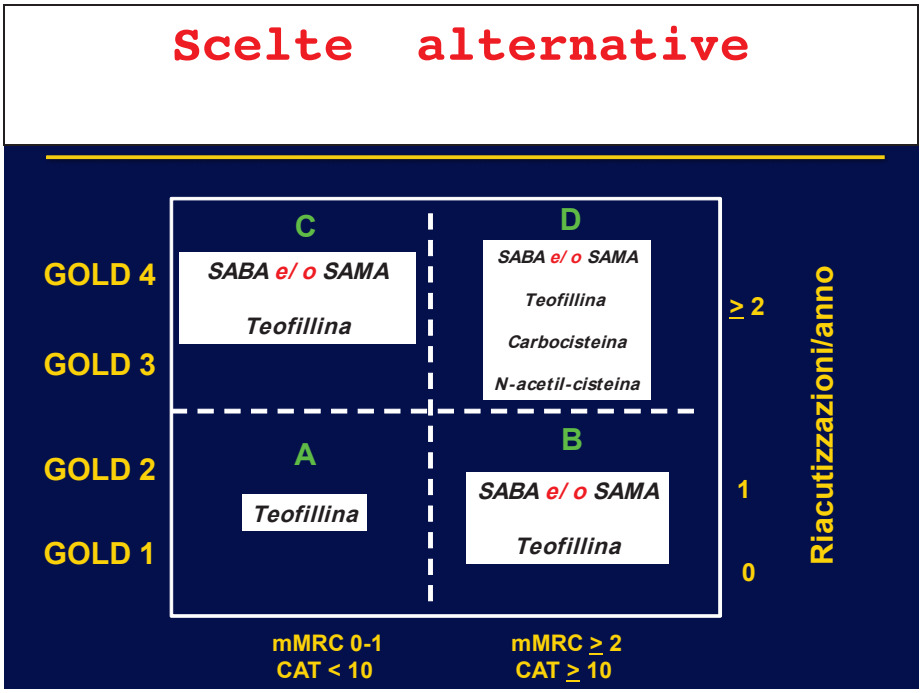
I farmaci di ogni riquadro non sono elencati in ordine di preferenza.

I farmaci di " scelta alternativa " possono essere utilizzati da soli oppure, preferibilmente, in combinazione con altre opzioni nella prima e nella seconda colonna, qualora questi ultimi non risultino efficaci

In maniera ancora più sintetica si possono utilizzare le seguenti tabelle:







Legenda = CSI: steroide inalatorio – SAMA: anticolinergico a breve durante di azione – SABA: β2stimolante a breve durata di azione – LAMA: anticolinergico a lunga durata di azione – LABA: β2stimolante a lunga durata di azione – PDE4: fosfodiesterasi4 -

Nei pazienti con fenotipo misto (BPCO / ASMA) il trattamento con corticosteroidi inalatori in aggiunta ai β2-agonisti a lunga durata di azione deve essere iniziato indipendentemente dalla fascia di gravità della malattia.

Terapia non farmacologica

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA

I benefici della riabilitazione respiratoria sono i seguenti:

- Migliora la capacità di esercizio fisico (**Evidenza A**)
- Riduce la percezione di intensità della dispnea (**Evidenza A**)
- Migliora la qualità di vita legata alla salute (**Evidenza A**)
- Riduce il numero di ricoveri ospedalieri e i giorni di ricovero (**Evidenza A**)
- Riduce l'ansia e la depressione associate alla BPCO (**Evidenza A**)
- L'allenamento di forza e resistenza degli arti superiori migliora la funzione delle braccia (**Evidenza B**)
- I benefici si estendono ben oltre l'immediato periodo di allenamento (**Evidenza B**)
- Migliora la sopravvivenza (**Evidenza B**)
- L'allenamento dei muscoli respiratori è di beneficio, specialmente se combinato con un allenamento fisico generico (**Evidenza C**)
- Migliora la ripresa dopo ricovero per una riacutizzazione (**Evidenza B**)
- Aumenta l'effetto dei broncodilatatori a lunga durata d'azione (**Evidenza B**)

L' elenco delle attività riabilitative possibili possono essere distinte in fondamentali e accessorie

ATTIVITÀ FONDAMENTALI	Ottimizzazione delle terapie farmacologiche in atto e necessarie Allenamento muscolare delle estremità (arti superiori e/o inferiori) Educazione sanitaria Educazione terapeutica Sostegno psicologico e psico-sociale
ATTIVITÀ ACCESSORIE	Riallenamento all'esercizio fisico (arti superiori e inferiori) Allenamento dei muscoli respiratori Fisiochinesiterapia toracica Sostegno nutrizionale

Altri trattamenti

ossigenoterapia a lungo termine

La somministrazione dell'ossigeno a lungo termine (>15 ore al giorno) in pazienti con insufficienza respiratoria cronica ha mostrato di aumentare la sopravvivenza in pazienti con grave ipossiemia a riposo (**Evidenza B**).
L'ossigenoterapia a lungo termine è indicata per pazienti che hanno:
• **ipossiemia continua** ovvero PaO2 uguale o inferiore a 55 mmHg con o senza ipercapnia, confermati due volte in un periodo di tre settimane (**Evidenza B**);
oppure
• **ipossiemia border-line** ovvero PaO2 tra 55 mmHg e 60 mmHg, in presenza di ipertensione polmonare, cuore polmonare cronico, cardiopatia ischemica, aritmie cardiache associate a fattori di rischio, policitemia stabile (ematocrito >55%) (**Evidenza D**).
. **ipossiemia latente** ovvero: **desaturazione notturna** documentata con monitoraggio notturno della saturazione ossiemoglobinica. Vengono considerati come significativi gli episodi di desaturazione notturna che comportino una riduzione della **SaO2 al di sotto del 90%** per almeno il 30% della durata totale del sonno. Oppure **desaturazione sotto sforzo** documentata da una riduzione significativa
della SaO2 al di sotto del 90% al test del cammino dei 6 minuti. La prescrizione deve essere circoscritta ad un numero di ore pari alla durata del sonno o dell'esercizio fisico nelle 24'ore.

Ventilazione meccanica non invasiva

Non esistono al momento attuale studi basati sull'evidenza scientifica che indichino la necessità di un uso generalizzato della VMD nel paziente BPCO con o senza ipercapnia, con autonomia ventilatoria e senza episodi di ipoventilazione.
L'uso della NPPV può essere giustificato in pazienti BPCO selezionati con ipercapnia (eventualmente complicata da ipoventilazione notturna) e frequenti episodi di riacutizzazione dell' insufficienza respiratoria cronica
I criteri che associati alla sintomatologia (fatica, dispnea, cefalea mattutina, sonno disturbato, ipersonnia diurna) giustificano la VMD sono:

- ipercapnia (PaCO2 > 55mmHg);
- ipercapnia (PaCO2 50-54 mmHg) associata a frequenti ospedalizzazioni per episodi di scompenso respiratorio acuto;
- ipercapnia (PaCO2 50-54 mmHg) associata a desaturazione notturna (SaO2 tramite pulsossimetria <88% per 5 min consecutivi durante somministrazione di O2 (>2L/min).

Nei pazienti con BPCO + sindrome della apnee ostruttive, esistono chiari benefici con l'utilizzo della ventilazione continua a pressione positiva delle vie aeree (CPAP) sia in termini di sopravvivenza che di
rischio di ricovero ospedaliero.

Chirurgia di riduzione del volume polmonare (LVRS)

Il vantaggio della chirurgia sulla terapia medica è più significativo tra i pazienti con enfisema predominante ai lobi superiori e bassa capacita all'esercizio fisico prima del trattamento.
Rispetto al trattamento medico, la LVRS determina un miglioramento della sopravvivenza (54% verso 39.7%) in pazienti con grave enfisema del lobi superiori e bassa capacita all'esercizio fisico
dopo la riabilitazione (**Evidenza A)**

Riduzione broncoscopica del volume polmonare (BLVR).

I pochi dati di letteratura dicono che in pazienti con BPCO con grave limitazione del flusso aereo (VEMS 15-45% del predetto), enfisema eterogeneo alle scansioni TC e iperinsufflazione
(Capacita Polmonare Totale, CPT, >100% del predetto e Volume Residuo, VR,>150% del predetto), la BLVR ha mostrato di offrire modesti miglioramenti della funzione polmonare, della tolleranza allo sforzo e dei sintomi a

costo di più frequenti riacutizzazioni di BPCO, polmoniti ed emottisi dopo l'impianto. Dati ulteriori sono necessari per definire la tecnica ottimale e la selezione dei pazienti

Trapianto polmonare.

In pazienti opportunamente selezionati con BPCO molto grave, il trapianto polmonare ha mostrato di migliorare la qualità di vita e la capacita funzionale.
I criteri raccomandati per l'inserimento nella lista di attesa includono un indice BODE di 7-10 e almeno uno dei criteri seguenti: storia di riacutizzazione con ipercapnia acuta (PaCO2>50 mmHg); ipertensione polmonare, cuore polmonare, oppure entrambi nonostante l'ossigenoterapia; VEMS <20% del predetto con DLCO ≤20% del predetto oppure distribuzione omogenea (**Evidenza C**).

Follow up dei pazienti e ruolo del MMG

In termini assolutamente orientativi ed al fine di puntualizzare che:

- il MMG è la figura centrale del follow up
- lo specialista PNEUMOLOGO integra il follow up con esami specialistici complessi e con consulenze periodiche in sinergia con il MMG
- il follow up dei pazienti con BPCO è fondamentale
- il follow up deve essere tanto più stringente quanto più il paziente è grave

si propone la seguente flow chart:

PRESTAZIONI	Monitoraggio della Bronchite Cronica (senza ostruzione) e della BPCO lieve (FEV_1/VC <95 th e FEV_1 >80%) asintomatica	Monitoraggio della BPCO con FEV_1 <80%, dispnea da sforzo eventuali comorbilità	Monitoraggio della BPCO con FEV_1 <60% con dispnea da sforzo, frequenti riacutizzazioni e comorbilità	Monitoraggio della BPCO con FEV_1 <50% con insufficienza respiratoria e con comorbilità
	Biennale	Annuale	Annuale	Annuale
Disassuefazione tabagica, se fumatore	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo	tutti e/o centro antifumo
Valutazione clinica (incluso indice di massa corporea, BMI, eventuale uso di questionari) e dei fattori di rischio	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Pulsossimetria	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Spirometria semplice	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
Consulenza pneumologica	specialista pneumologo in caso di dubbio diagnostico	specialista pneumologo	specialista pneumologo	specialista pneumologo
Spirometria globale	laboratorio specialistico (*)	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Misura della capacità di diffusione (DLCO)		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (°)
Rx torace (*)	radiologia	radiologia	radiologia	radiologia
ECG (*)	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista	MMG, specialista
ECG-ecocardiogramma		specialista	specialista struttura specialistica	specialista struttura specialistica
Emogasanalisi arteriosa			laboratorio specialistico	laboratorio specialistico
Test del cammino dei 6 minuti		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (°)
Saturazione O2 notturna (*)		laboratorio specialistico	laboratorio specialistico	laboratorio specialistico (°)
Altre consulenze o indagini (*)		altre consulenze o indagini (*)	altre consulenze o indagini (*)	altre consulenze o indagini (*)
		Il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; ogni 6 mesi rivaluta ambulatorialmente il paziente, effettua controlli della SatO2 in caso di riacutizzazione e nei due mesi successivi, lo invia allo specialista, in caso di variazioni persistenti del quadro clinico.	Il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; rivaluta il paziente ambulatorialmente ogni 3 mesi, invia subito allo specialista in caso di riacutizzazioni. Lo specialista pneumologo è responsabile della gestione delle riacutizzazioni in fase acuta e fino al recupero della stabilità.	Il medico di medicina generale è responsabile del monitoraggio della terapia cronica; rivaluta il paziente al massimo ogni 2 mesi, invia immediatamente allo specialista in caso di riacutizzazione e/o di comparsa di nuovi segni e sintomi. Lo specialista pneumologo è responsabile della gestione delle riacutizzazioni fino alla loro stabilizzazione e monitorizza le comorbilità, avvalendosi delle necessarie consulenze.

12

(°) semestrale (*) quando indicato

Audit periodico

E' opportuno che il MMG rivaluti periodicamente la propria pratica professionale al fine di migliorare l'appropriatezza di tutti i processi di cura. A tale scopo si segnalano alcuni indicatori coerenti con i criteri definiti dal PDT regionale.

1. prevalenza dei pazienti con diagnosi di BPCO nella propria popolazione assistita
2. proporzione di assistiti con valutazione della abitudine al fumo
3. proporzione di pazienti con diagnosi di BPCO ed in trattamento farmacologico che hanno eseguito almeno una spirometria negli ultimi 3 anni
4. proporzione di pazienti con diagnosi di BPCO trattati con uno o più farmaci broncodilatatori
5. proporzione di pazienti con diagnosi di BPCO trattati con corticosteroidi inalatori classificati negli stadi C e D (stadio GOLD 3/4 e/o almeno 2 riacutizzazioni nel corso dell'ultimo anno)

PUNTI CHIAVE PER LA TERAPIA DELLA BPCO STABILE

1) *L'identificazione e la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio sono misure importanti nella prevenzione e nel trattamento della BPCO. Tutti i soggetti che fumano dovrebbero essere incoraggiati a smettere.*

2) *Il solo livello di VEMS descrive in modo inadeguato l'impatto della malattia sui pazienti e per tale ragione andrebbe inserito un trattamento personalizzato dei sintomi e del rischio futuro di riacutizzazioni nella strategia terapeutica della BPCO stabile.*

3) *La terapia farmacologia è utilizzata per ridurre i sintomi, ridurre la frequenza e la gravita delle riacutizzazioni, migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo.*

4) *I farmaci esistenti per la BPCO non hanno mostrato di modificare il declino della funzione polmonare a lungo termine che rappresenta il segno distintivo della malattia.*

5) *Sia per i b2-agonisti che per gli anticolinergici, le molecole a lunga durata d'azione sono da preferire alle molecole a breve durata d'azione. In base all'efficacia e agli effetti collaterali i broncodilatatori inalatori sono da preferire ai broncodilatatori orali.*

6) *Il trattamento a lungo termine con corticosteroidi inalatori in aggiunta ai broncodilatatori a lunga durata d'azione è raccomandato in pazienti ad alto rischio di riacutizzazioni, ed in pazienti con fenotipo misto (BPCO - ASMA): in questi ultimi pazienti il trattamento con corticosteroidi inalatori in aggiunta ai b2-agonisti a lunga durata di azione deve essere iniziato indipendentemente dalla fascia di gravità della malattia.*

7) *La monoterapia a lungo termine con corticosteroidi orali o inalatori non è raccomandata nella BPCO.*

8) *L'inibitore della fosfodiesterasi-4, il roflumilast, può essere utilizzato per ridurre le riacutizzazioni in pazienti con VEMS <50% del predetto, bronchite cronica e frequenti riacutizzazioni.*

9) *I vaccini anti-influenzali possono ridurre il rischio di malattie gravi e morte in pazienti con BPCO.*

10) *Attualmente l'impiego di antibiotici non è indicato nella BPCO, tranne che per trattare*
riacutizzazioni infettive di BPCO e altre infezioni batteriche.

11) *Tutti i pazienti con BPCO che presentano difficoltà respiratoria quando camminano a passo normale in piano sembrano trarre beneficio dalla riabilitazione respiratoria e dal mantenimento dell'attività fisica, migliorando la loro tolleranza allo sforzo e la loro qualità di vita, con riduzione dei sintomi di dispnea e fatica*

La telemedicina

La gestione della cronicità e la continuità assistenziale si avvalgono dell' utilizzo di tecnologie innovative quali la telemedicina e la teleassistenza. Esse garantiscono il collegamento tra centri di diverse specialità, il dialogo con il paziente a domicilio, l'assistenza in zone remote, l'intervento nelle emergenze. Inoltre migliorano l'interazione tra territorio e strutture pneumologiche di riferimento, riducendo a volta la necessità di spostamento dei pazienti.

Gli obiettivi della telemedicina sono:

- Migliorare la qualità di vita dei pazienti
- Migliorare la qualità di vita dei familiari
- Aumentare il grado di sicurezza domiciliare del paziente
- Evitare le riospedalizzazioni
- Ridurre le visite ambulatoriali del medico di medicina generale
- Ridurre le visite ambulatoriali dello specialista pneumologo
- Ridurre gli spostamenti ed i costi ad essi correlati

Gli strumenti diagnostici di interesse pneumologico che si possono avvalere più facilmente oggi della telemedicina sono:

- saturimetria
- saturimetria notturna
- controllo a distanza dei ventilatori domiciliari

TERAPIA DELLE RIACUTIZZAZIONI DELLA BPCO

DEFINIZIONE

Oggi la diagnosi di una riacutizzazione è basata esclusivamente sulla presentazione clinica del paziente
Una riacutizzazione di BPCO è un evento acuto caratterizzato da peggioramento dei sintomi respiratori del paziente (dispnea di base, tosse e/o produzione di escreato) che va oltre la normale variazione giornaliera e porta a un cambiamento nel trattamento.

Le riacutizzazioni possono presentarsi con un quadro clinico di diversa gravità anche in relazione alla severità della malattia di base.

Le riacutizzazioni di BPCO sono eventi importanti nel corso della malattia in quanto:
• Influenzano negativamente la qualità di vita del paziente
• Accelerano il tasso di declino della funzione polmonare
• Sono associate a significativa mortalità, in particolare quelle che richiedono ricovero ospedaliero
• Presentano elevati costo socio-economici

VALUTAZIONE DI GRAVITA'

Essa si basa su dati **anamnestici:**

- *Gravità della BPCO basata sulla limitazione del flusso aereo*
- *Durata del peggioramento oppure nuovi sintomi*
- *Numero di precedenti episodi (totali/ricoveri ospedalieri)*
- *Comorbidità*
- *Terapia in atto*
- *Precedente utilizzo di ventilazione meccanica*

e su dati **clinici attuali**

- *Uso di muscoli respiratori accessori*
- *Movimenti paradossi della parete toracica*
- *Peggioramento oppure cianosi centrale di nuova insorgenza*
- *Sviluppo di edema periferico*
- *Instabilità emodinamica*
- *Stato mentale deteriorato*

Gli esami suggeriti per valutare la gravità della riacutizzazione sono:

1) La **pulsossimetria** è utile per monitorare e/o aggiustare il supplemento di ossigenoterapia.

2) La **emogasanalisi** è di vitale importanza se viene sospettata la coesistenza di insufficienza respiratoria acuta oppure acuta su cronica (PaO2 <60 mmHg) con o senza PaCO2 > 50 mmHgi n aria ambiente)]. La valutazione dello stato acido-base è necessario prima di iniziare la ventilazione meccanica.

3) Valutazione dell' **espettorato**. La presenza di espettorato purulento durante una riacutizzazione è un'indicazione sufficiente per iniziare un trattamento antibiotico empirico.

Circa 1/4 dei pazienti presentano una causa virale, 1/4 una causa batterica, 1/4 una causa mista batterica e virale, 1/4 presentano invece una etiologia ignota
La purulenza dell'espettorato non indica necessariamente una etiologia solo batterica
L'Haemophilus influenzae, lo Streptococcus pneumoniae e la Moraxella catarrhalis sono i patogeni batterici più comuni coinvolti in una riacutizzazione.

Nei pazienti con FEV1 < 50% e frequenti riacutizzazioni l'etiologia può più frequentemente essere dovuta a germi Gram - difficili quali lo Pseudomonas aeruginosa.
Se una riacutizzazione infettiva non risponde al trattamento antibiotico iniziale, andrebbero eseguiti un **esame colturale** dell'espettorato e un antibiogramma

3) La **radiografie del torace** è utile per escludere diagnosi alternative.

4) Un **ECG** può essere di aiuto nella diagnosi di coesistenti problemi cardiaci.

5) La spirometria non è raccomandata durante una riacutizzazione in quanto può essere difficile da eseguire e le misurazioni non sono sufficientemente accurate.

Distinguiamo:

- **RIACUTIZZAZIONE LIEVE**

La riacutizzazione può definirsi lieve quando vi è un incremento lieve della dispnea senza incremento della tosse e dell' espettorato e della purulenza dello stesso.

- **RIACUTIZZAZIONE MODERATA**

La riacutizzazione può definirsi moderata quando vi è un incremento marcato della dispnea, incremento della tosse produttiva con espettorato purulento.

- **RIACUTIZZAZIONE SEVERA**

La riacutizzazione può definirsi severa quando vi è una saturazione ossiemoglobinica ≤ 90% , una riduzione della saturazione ossiemoglobinica - se il paziente era già in ossigenoterapia - o la presenza di gravi comorbidità (es.: scompenso cardiaco o aritmie di recente insorgenza).

TERAPIA

Le indicazioni successive partono dal presupposto che la BPCO stabile sia adeguatamente trattata

- **RIACUTIZZAZIONE LIEVE**

In tal caso, si devono valutare le seguenti opzioni:

- **Inserire SABA più frequentemente**
- **Aumentare il dosaggio del broncodilatatore long-acting**
- **Associare un broncodilatatore long-acting diverso a massimo dosaggio**

- **RIACUTIZZAZIONE MODERATA**

In tal caso si deve:

- **Associare STEROIDE per via generale**
  I corticosteroidi sistemici riducono la durata della convalescenza, migliorano la funzione polmonare (VEMS) e l'ipossiemia arteriosa (PaO2) (Evidenza A), riducendo il rischio di recidiva precoce, fallimento del trattamento e durata della degenza ospedaliera.

  Un dosaggio di 30-40 mg di prednisolone al giorno per 10-14 giorni e raccomandato (Evidenza D).

- **Associare ANTIBIOTICO se vi è purulenza dell'espettorato**
  La durata raccomandata della terapia antibiotica è solitamente di 5-10 giorni (Evidenza D).

  La scelta dell'antibiotico dovrebbe basarsi sulla resistenza batterica locale.
  Solitamente il trattamento antibiotico iniziale è **un'aminopenicillina con o senza acido clavulanico**, un **macrolide** oppure una **tetraciclina** (in Italia scarsamente utilizzata)
  In pazienti con frequenti riacutizzazioni, grave ostruzione bronchiale, riacutizzazioni che richiedono ospedalizzazione o ventilazione meccanica, andrebbero eseguiti esami colturali sull'espettorato. Comunque la scelta dell' antibiotico deve prevedere l'utilizzo di farmaci attivi anche sui Gram - (**cefalosporine di 3a o 4a generazione**, **fluorochinoloni**)
  La via di somministrazione (orale o endovenosa) dipende dalla capacita del paziente a deglutire e dalla farmacocinetica dell'antibiotico, anche se è da preferire la somministrazione orale. Miglioramenti della dispnea e della purulenza dell'espettorato indicano il successo clinico.

❖ **RIACUTIZZAZIONE SEVERA**

In questi casi si deve:

- **ospedalizzare il paziente (vedi prima)**
- **instaurare ossigenoterapia**
- **instaurare eventualmente ventilazione meccanica**

INDICAZIONI PER IL RICOVERO

Compatibilmente con le risorse locali, rappresentano indicazioni per il **ricovero in degenza ordinaria**:

- Saturazione ossiemoblobinica ≤ 90%
- Aggravamento dell' ipercapnia/acidosi respiratoria
- Aumento marcato della intensità dei sintomi, come la comparsa improvvisa di dispnea a riposo
- Grave BPCO sottostante
- Comparsa di nuovi segni obiettivi (esempio, cianosi, edema periferico)
- Insuccesso di risposta della riacutizzazione all'iniziale trattamento medico
- Presenza di gravi comorbidità (esempio, scompenso cardiaco oppure aritmie di nuova insorgenza)
- Età avanzata
- Supporto domiciliare insufficiente
- Anamnesi di frequenti riacutizzazioni
- Incertezza nella diagnosi

Rappresentano indicazioni al **ricovero in terapia intensiva:**

- Grave dispnea che non risponde in modo adeguato alla terapia iniziale di emergenza
- Cambiamenti dello stato mentale (confusione, letargia, coma)
- Ipossiemia persistente o in peggioramento (PaO2 < 40 mmHg) e/o acidosi respiratoria grave/in peggioramento (pH <7.25), nonostante il supplemento di ossigeno e la ventilazione non invasiva
- Necessità di ventilazione meccanica invasiva
- Instabilità emodinamica
- Necessità di vasopressori

La possibilità del ricovero in terapia intensiva rende indispensabile che le UO di Pneumologia debbano prevedere al loro interno settings accreditati di terapia intensiva eventualmente differenziati per intensità di cura

1. **Unità di I LIVELLO (dette anche di monitoraggio)**
2. **Unità di II LIVELLO (dette anche Terapia intensiva intermedia respiratoria)**

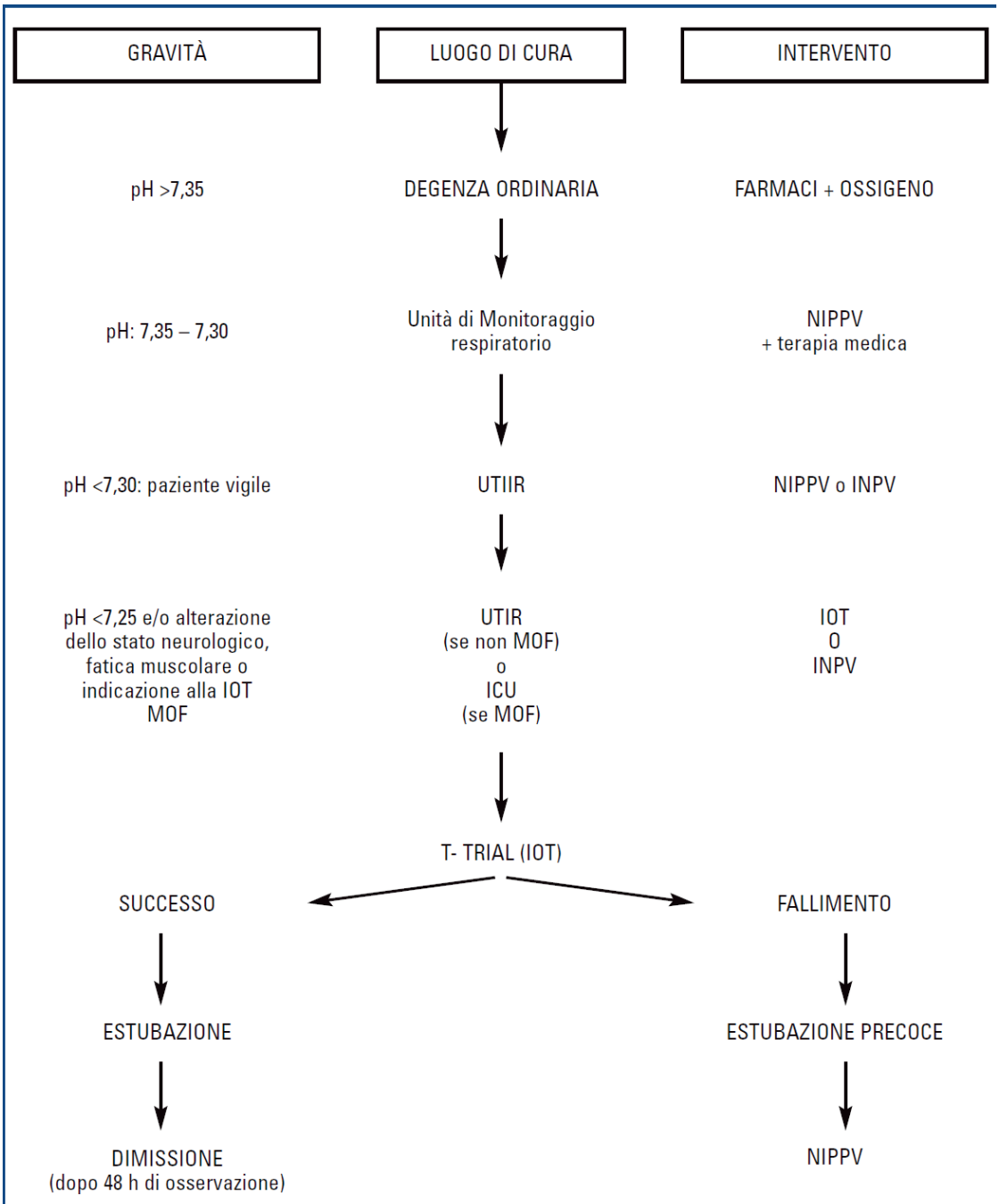
3. Unità di III LIVELLO (dette anche Terapia intensiva respiratoria)

Esse si differenziano in base a vari parametri che sono di seguito riportati in tabella: rapporto infermiere/paziente per turno lavorativo, dotazione per ogni posto-letto, affezioni trattate, presenza medico di guardia, tipologia di ventilazione meccanica, etc.

criteri maggiori	Unità di Terapia intensiva respiratoria	Unità di Terapia intensiva intermedia respiratoria	Unità di monitoraggio respiratorio
rapporto infermiere/ paziente per turno lavorativo	>1:3	1:3 o 1:4	1:5 o 1:6
dotazione per ogni letto	monitor polifunzionali** ventilatori da terapia intensiva	monitor polifunzionali** ventilatori meccanici (per VM non invasiva, con disponibilità di ventilatori da terapia intensiva)	monitor polifunzionali** ventilatori meccanici (per VM non invasiva)
affezioni trattate	insufficienza respiratoria mono organo o insufficienza di più organi	insufficienza respiratoria mono organo	insufficienza respiratoria mono organo
medico di guardia	24 ore/24 ore	disposizione immediata	su chiamata (all'interno dell'ospedale)
ventilazione meccanica	invasiva, non invasiva	non invasiva (invasiva se necessaria)	non invasiva (se necessaria)
personale medico	la responsabilità deve essere affidata a uno pneumologo esperto in ventilazione meccanica		
criteri minori broncoscopia	all'interno dell'Unità	all'interno dell'Unità	all'interno o all'esterno dell'Unità
strumentazione per emogasanalisi (ABGA)	all'interno dell'Unità	all'interno dell'Unità	all'interno o all'esterno dell'Unità

* tutti i criteri maggiori e almeno 1 dei minori devono essere soddisfatti per poter includere una Unità in uno dei tre livelli
** per il monitoraggio di ossimetria, ecg, PA non invasiva, frequenza respiratoria

CRITERI DI AMMISSIONE NELLE UNITA' DI CURE INTENSIVE RESPIRATORIE



NB: Verifica di emogasanalisi e condizioni neurologiche dopo 1 h di NIMV (NPPV o INPV):
- se c'è miglioramento proseguire con la NIMV fino allo svezzamento;
- se non c'è miglioramento procedere a intubazione, programmando estubazione precoce e quindi NPPV fino allo svezzamento.

NPPV: noninvasive positive pressure ventilation; IOT: Intubazione orotracheale; INPV: Ventilazione a pressione negativa intermittente; ICU: intensive care unit

Si deve ricorrere alla **ventilazione non invasiva** nei seguenti casi:

- Acidosi respiratoria (pH arterioso ≤7.35 e/o PaCO2 > 45 mmHg)
- Grave dispnea con segni clinici suggestivi di fatica dei muscoli respiratori, aumento del lavoro respiratorio, oppure entrambi, utilizzo di muscoli respiratori accessori, movimento paradosso addominale oppure retrazione degli spazi intercostali

Si deve ricorrere alla **ventilazione invasiva** nei seguenti casi:

- Incapacità a tollerare la VMNI oppure insuccesso della VMNI doo 1-2 ore
- Arresto respiratorio o cardiaco
- Pause respiratorie con perdita di coscienza
- Riduzione dello stato di coscienza, agitazione psicomotoria non adeguatamente controllata dai sedativi
- Aspirazione massiva
- Impossibilità persistente a rimuovere le secrezioni respiratorie
- Frequenza cardiaca < 50 minuto con perdita dello stato di vigilanza
- Grave instabilità emodinamica senza risposta ai fluidi e ai farmaci vasoattivi
- Gravi aritmie ventricolari
- Ipossiemia pericolosa per la vita in pazienti instabili per tollerare la VMNI

BIBLIOGRAFIA

La gestione clinica integrata della BPCO - documento 2011 AIMAR,AIPO,SIMER,SIMG

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - Updated 2013 - Am. Jornal Crit. Care Med. 2013; 187:347-365

Guida esponola de la EPOC - Arch. Bronconeumol. 2012;48:247-257

La Salute del Respiro, Franco Angeli Editore 2009; http://www.salute.gov.it/siveas/siveas.jsp

2011 PROGETTO LIBRA www.goldcopd.it

Katz PM,Pegoraro V Farmacoeconomia e percorsi terapeutici 2009; 10(4)

Dal Negro R.W. et al. Respiratory Medicine 2008;

Dal Negro R.W. et al.- Ther. Adv. Respir. Dis., 2009

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3:e442.

Soler-Cataluna et al., Thorax 2005;60:925-931

Balcells et al. Respir Med 2009; 103: 1293-1302; [24] Linee Guida AIPO-AIMAR-SIMER-FIMMG 2012

Toward a revolution in COPD Health (TORCH) study

Understanding Potential Long-Term Impacts on Function with Tiotropium (UPLIFT) study

Evaluation of COPD Longitudinally to Identiify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) study

Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications. Eur Respir J 2003;41:46S-53S.

Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2007;29:1224-38

Hurst JR, et al. N Engl J Med. 2010;363:1128-38

Celli BR, Thomas NE, Anderson JA, et al. Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstructive pulmonary disease: results from the TORCH study. Am J Respir Crit Care Med 2008;178:332-8.

Spencer S, Calverley PM, Burge PS, Jones PW. Impact of preventing exacerbations on deterioration of health status in COPD. Eur Respir J 2004;23:698-702.

Jones P, Tabberer M, Chen W-H. Creataing scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD assessment test (CATTM) scores. BMC Pulmonary Medicine 2011;11:42

Pauwels RA, Lofdahl CG, Laitinen LA, et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med 1999;340:1948-53.

Vestbo J, Sorensen T, Lange P, Brix A, Torre P, Viskum K. Long-term effect of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Lancet 1999;353:1819-23

Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. BMJ 2000;320:1297-303.

Pinto-Plata VM, Cote C, Cabral H, Taylor J, Celli BR. The 6-min walk distance: change over time and value as a predictor of survival in severe COPD. Eur Respir J 2004;23:28-33

H. Can all patients with COPD use the correct inhalation flow with all inhalers and does training help? Respir Med 2007;101:2395-401.

COMBIVENT Inhalation Aerosol Study Group. In chronic obstructive pulmonary disease, a combination of ipratropium and albuterol is more effective than either agent alone. An 85-day multicenter trial. Chest 1994;105:1411-9.

van Schayck CP, Folgering H, Harbers H, Maas KL, van Weel C. Effects of allergy and age on responses to salbutamol and ipratropium bromide in moderate asthma and chronic bronchitis. Thorax 1991; 46:355-9.

Sestini P, Cappiello V, Aliani M, et al. Prescription bias and factors associated with improper use of inhalers. J Aerosol Med 2006;19:127-36.

Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2007;356:775-89.

Boyd G, Morice AH, Pounsford JC, Siebert M, Peslis N, Crawford C. An evaluation of salmeterol in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD Eur Respir J 1997;10:815-21.

Cazzola M, Matera MG, Santangelo G, Vinciguerra A, Rossi F, D'Amato G. Salmeterol and formoterol in partially reversible severe chronic obstructive pulmonary disease: a dose-response study. Respir Med 1995;89:357-62.

Rossi A, Kristufek P, Levine BE, et al. Comparison of the efficacy, tolerability, and safety of formoterol dry powder and oral, slow-release theophylline in the treatment of COPD. Chest 2002;121:1058-69.

Ulrik CS. Efficacy of inhaled salmeterol in the management of smokers with chronic obstructive pulmonary disease: a single centre randomised, double blind, placebo controlled, crossover study. Thorax1995;50:750-4.

Tashkin DP, Fabbri LM. Long-acting beta-agonists in the management of chronic obstructive pulmonary disease: current and future agents. Respir Res 2010;11:149.

Donohue JF, Fogarty C, Lotvall J, et al. Once-daily bronchodilators for chronic obstructive pulmonary disease: indacaterol versus tiotropium. Am J Respir Crit Care Med 2010;182:155-62.

Kommann O, Dahl R, Centanni S, et al. Once-daily indacaterolversus twice-daily salmeterol for COPD: a placebo-controlled comparison. The European RespiratoryJournal: official journal of the European Respiratory Society for Clinical Respiratory Physiology 2011;37:273-9.

van Noord JA, Bantje TA, Eland ME, Korducki L, Cornelissen PJ. A randomised controlled comparison of tiotropium and ipratropium in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. The Dutch Tiotropium Study Group. Thorax 2000;55:289-94.

Vincken W, van Noord JA, Greefhorst AP, et al. Improved health outcomes in patients with COPD during 1 yr's treatment with tiotropium. Eur Respir J 2002;19:209-16.

Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-24

Barr RG, Bourbeau J, Camargo CA, Ram FS. Inhaled tiotropium for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane database of systematic reviews 2005;CD002876.

Kesten S, Casaburi R, Kukafka D, Cooper CB. Improvement in self-reported exercise participation with the combination of tiotropium and rehabilitative exercise training in COPD patients. In J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008;3:127-36.

Ram FS, Jones PW, Castro AA, et al. Oral theophylline for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane database of systematic reviews 2002;4:CD003902.

Zhou Y, Wang X, Zeng X, et al. Positive benefits of theophylline in a randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled study of low-dose, slow-release theophylline in the treatment of COPD for 1 year. Respirology 2006;11:603-10.

Tashkin DP, Pearle J, Iezzoni D, Varghese ST. Formoterol and tiotropium compared with tiotropium alone for treatment of COPD. COPD 2009;6:17-25.

van Noord JA, Aumann JL, Janssens E, et al. Comparison of tiotropium once daily, formoterol twice daily and both combined once daily in patients with COPD. Eur Respir J 2005;26:214-22.

The COMBIVENT Inhalation Solution Study Group. Routine nebulized ipratropium and albuterol together are better than either alone in COPD. Chest 1997;112:1514-21

Calverley P, Pauwels R, Vestbo J, et al. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Lancet 2003;361:449-56.

Calverley PM, Spencer S, Willits L, Burge PS, Jones PW. Withdrawal from treatment as an outcome in the ISOLDE study of COPD. Chest 2003;124:1350-6.

Jones PW, Willits LR, Burge PS, Calverley PM. Disease severity and the effect of fluticasone propionate on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. Eur Respir J 2003;21:68-73.

Mahler DA, Wire P, Horstman D, et al. Effectiveness of fluticasone propionate and salmeterol combination delivered via the Diskus device in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2002;166(8):1084-91.

Szafranski W, Cukier A, Ramirez A, et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003;21:74-81.

Calverley PM, Boonsawat W, Cseke Z, Zhong N, Peterson S, Olsson H. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003;22:912-9.

Hanania NA, Darken P, Horstman D, et al. The efficacy and safety of fluticasone propionate (250 µg)/salmeterol (50 µg) combined in the Diskus inhaler for the treatment of COPD. Chest 2003;124:834-43.

Mahler DA. Pulmonary rehabilitation. Chest 1998;113:263S-8S.

Crim C, Calverley PM, Anderson JA, et al. Pneumonia risk in COPD patients receiving inhaled corticosteroids alone or in combination: TORCH study results. Eur Respir J 2009;34:641-7.

Welte T, Miravitlles M, Hernandez P, et al. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2009;180:741-50.

Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, et al. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol, or fluticasone-salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. Ann Intern Med 2007;146:545-55.

Karner C, Cates CJ. Combination inhaled steroid and long-acting beta(2)-agonist in addition to tiotropium versus tiotropium or combination alone for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane database of systematic reviews 2011;3:CD008532.

Rabe KF. Update on roflumilast, a phosphodiesterase 4 inhibitor for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. Br J Pharmacol 2011;163:53-67.

Calverley PM, Rabe KF, Goehring UM, Kristiansen S, Fabbri LM, Martinez FJ. Roflumilast in symptomatic chronic obstructive pulmonary disease: two randomised clinical trials. Lancet 2009;374:685-94.

Wongsurakiat P, Maranetra KN, Wasi C, Kositanont U, Dejsomritrutai W, Charoenratanakul S. Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study. Chest 2004;125:2011-20.

Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1994; 331:778-84.

Wongsurakiat P, Lertakyamanee J, Maranetra KN, Jongriratanakul S, Sangkaew S. Economic evaluation of influenza vaccination in Thai chronic obstructive pulmonary disease patients. J Med Assoc Thai 2003;86:497-508.

Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009;58 (RR08):1-52.

Edwards KM, Dupont WD, Westrich MK, Plummer WD, Jr., Palmer PS, Wright PF. A randomized controlled trial of cold-adapted and inactivated vaccines for the prevention of influenza A disease. J Infect Dis 1994;169:68-76.

Hak E, van Essen GA, Buskens E, Stalman W, de Melker RA. Is immunising all patients with chronic lung disease in the community against influenza cost effective? Evidencefrom a general practice based clinical prospective cohort study in Utrecht, The Netherlands. J Epidemiol Community Health 1998;52:120-5.

Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J 2005;26:1138-80

Alfageme I, Vazquez R, Reyes N, et al. Clinical efficiacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. Thorax 2006;61:189-95

Isada CM, Stoller JK. Chronic bronchitis: the role of antibiotics. In: Niederman MS, Sarosi GA, Glassroth J, eds. Respiratory infections: a scientific basis for management. London: WB Saunders; 1994:621-33.

Siafakas NM, Celli BR. Overall management of stable chronic obstructive Pulmonary disease. In: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Edited by N.M.
Siafakas. Eur Respir Mon 2006; 38: 258-265.

Zheng JP, Kang J, Huang SG, et al. Effect of carbocisteine on acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (PEACE Study): a randomised placebo-controlled study. Lancet 2008;371:2013-8.

Decramer M, Rutten-van Molken M, Dekhuijzen PN, et al. Effects of N-acetylcysteine on outcomes in chronic obstructive pulmonary disease (Bronchitis Randomized on NAC Cost-Utility Study, BRONCUS): a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2005;365:1552-60.

Marin JM, Soriano JB, Carrizo SJ, Boldova A, Celli BR. Outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea: the overlap syndrome. Am J Respir Crit Care Med 2010;182:325-31

Naunheim KS, Wood DE, Mohsenifar Z, et al. Long-term follow-up of patients receiving lung-volume- reduction surgery versus medical therapy for severe emphysema by the National Emphysema Treatment Trial Research Group. Ann Thorac Surg 2006;82:431-43.

Sciurba FC, Ernst A, Herth FJ, et al. A randomized study of endobronchial valves for advanced emphysema. N Engl J Med 2010;363:1233-44.

Christie JD, Edwards LB, Kucheryavaya AY, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-seventh official adult lung and heart-lung transplant report--2010. J Heart Lung Transplant 2010;29:1104-18.

Trulock EP. Lung transplantation. Am J Respir Crit Care Med 1997;155:789-818.

Theodore J, Lewiston N. Lung transplantation comes of age. N Engl J Med 1990;322:772-4.

Orens JB, Estenne M, Arcasoy S, et al. International guidelines for the selection of lung transplant candidates: 2006 update-a consensus report from the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Heart Lung Transplant 2006;25:745-55.

Rodriguez-Roisin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbations. Chest 2000;117:398S-401S.

Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications. Eur Respir J 2003;41:46S-53S.

Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2007; 29:1224-38.

Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:1608-13.

Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002;57:847-52.

Kanner RE, Anthonisen NR, Connett JE. Lower respiratory illnesses promote FEV(1) decline in current smokers but not ex-smokers with mild chronic obstructive pulmonary disease: results from the lung health study. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:358-64.

Wouters EF. The burden of COPD in The Netherlands: results from the Confronting COPD survey. Respir Med 2003;97 Suppl C:S51-9.

Adams S, J. M, Luther M. Antibiotics are associated with lower relapse rates in outpatients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Chest 2000;117:1345-52.

Miravitlles M, Espinosa C, Fernandez-Laso E, Martos JA, Maldonado JA, Gallego M. Relationship between bacterial flora in sputum and functional impairment in patients with acute exacerbations of COPD. Study Group of Bacterial Infection in COPD. Chest 1999;116:40-6.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2581

Variazione al Bilancio di previsione 2013 ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012 - Iscrizione somma di € 240.000,00 relativa al Protocollo di Intesa "Vita indipendente ed inclusione nella società" tra Regione Puglia e Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Programmazione Sociale, confermata dalla Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE

- a legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'art. 14 detta disposizioni riguardanti progetti individuali per le persone con disabilità;
- l a legge 5 febbraio 1992, n. 104, "legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" così come modificata dalla legge 162 del 21 maggio 1998, detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza delle persone con disabilità;
- in particolare, l'art. 39, co. 2, della richiamata legge 104/92, prevede che la Regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio […], a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e limitazione grave dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;
- la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York 13 dicembre 2006 e ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18;
- in particolare, l'articolo 19 della richiamata Convenzione ("Vita indipendente ed inclusione nella società") prevede che "Gli Stati Parti […] riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, registrato presso la Corte dei Conti, Reg. 14, fg. 260, adotta il Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 5, co.3, della citata legge 3 marzo 2009, n. 18;
- in particolare, la linea di azione n. 3, del richiamato Programma di Azione illustra le proposte in materia di "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";
- infine, il parere favorevole, espresso ai sensi dell'art. 5, co.2, del decreto interministeriale 6 luglio 2010, n. 167, sul richiamato Programma di Azione biennale, da parte della Conferenza Unificata in data 24 luglio 2013 (Rep. Atti n. 72) e, in particolare, la raccomandazione ivi contenuta formulata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome (13/069/CU11/C8) riportante la richiesta di incrementare il finanziamento per le sperimentazioni regionali per le politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente;

CONSIDERATO CHE:

- in data 31 ottobre 2013 sono state approvate le linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con decreto direttoriale n. 134/2013;
- il decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate linee guida del 31 ottobre 2013 e autorizzato il finanziamento, secondo la ripartizione evidenziata nell'elenco di cui all'art. 2 del medesimo decreto direttoriale, per un importo complessivo di euro 3.200.000,00, di cui la quota di euro 2.818.446,00 a valere sulle risorse assegnate, per l'anno finanziario 2013, al capitolo

3231 e di euro 381.554,00 a valere sulle risorse assegnate, per l'anno finanziario 2013, al capitolo 3112 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

- con nota prot. n. A00_146/2/12/2013/004213 della dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria è stata formulata la candidatura della Regione Puglia con la proposta progettuale per "azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente", e la richiesta di finanziamento di euro 240.000,00 (duecentoquarantamila/00), cui si aggiungono Euro 60.000,00 di cofinanziamento regionale già assicurato a valere sulle risorse del Fondo Regionale per le Non Autosuffiicienze di competenza per il 2013;
- la suddetta proposta progettuale individua come Ambiti territoriali terreno di sperimentazione quelli di:
  1) Barletta e Cerignola, con capofila Barletta
  2) Casarano e Gagliano del Capo, con capofila Casarano
  3) Altamura;
- la suddetta proposta progettuale individua ai soli fini della sperimentazione quali target di beneficiari i medesimi già individuati con l'Avviso Pubblico regionale per il finanziamento dei Progetti di Vita Indipendente di cui all'A.D. n. 247/2013 (persone con disabilità motoria, in età compresa tra il 16 e i 64 anni e un reddito individuale a ogni titolo percepito non superiore a 20.000,00 euro), nonché persone non vedenti e persone affette da sindrome di down con gli altri requisiti già richiamati;
- la suddetta proposta progettuale prevede che le azioni da realizzare siano relative alla estensione dei PRO.V.I. anche a persone non vedenti e con sindrome di down, sia pure a titolo sperimentale, e della sperimentazione dell'applicazione dei principi della vita indipendente a soluzioni di abitare sociale in autonomia o co-housing sociale per il "durante noi" e "dopo di noi";
- la proposta della Regione Puglia risulta tra i progetti ammessi al finanziamento ai sensi del citato decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 e che il finanziamento relativo da parte ministeriale corrisponde complessivamente ad euro 240.000,00;
- gli interventi dovranno essere realizzati nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria di riferimento e in conformità alla progettazione approvata o come successivamente modificata a seguito di autorizzazione ministeriale, a pena di revoca o riduzione del finanziamento;
- con comunicazione del 12 dicembre 2013 il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, ha comunicato l'esito della valutazione delle proposte progettuali, di cui al D.D. n. 206/2013 suddetto, e richiesto a ciascuna Regione interessate di procedere celermente alla sottoscrizione mediante firma digitale dell'apposito protocollo di intesa, così come trasmesso dallo stesso Ministero.

Tanto premesso e considerato, si rende necessario approvare l'adesione al Protocollo di Intesa di cui all'Allegato 1 alla presente proposta di deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, nonché autorizzare la dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria a procedere alla firma digitale del suddetto Protocollo di Intesa, e si rende inoltre necessario procedere alla iscrizione della quota di Fondo per le sperimentazioni sulla Vita Indipendente per la Puglia, nel Bilancio di Previsione per l'anno 2013, così come approvato con l.r. n. 46/2012, tenendo conto delle specifiche finalizzazioni di legge. A tal proposito di rende necessario attivare un C.N.I. denominato "Fondo per azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente" nella parte entrata - UPB 02.01.17 del Bilancio di Previsione per l'anno in corso, alimentato da appositi trasferimenti nazionali vincolati, e un C.N.I. denominato "Spese per le sperimentazioni in materia di Vita Indipendente" nella parte spesa - UPB 05.02.01 - del Bilancio di Previsione 2013.

Viene apportata, pertanto, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e s.m.i., in termini di competenza e cassa, la seguente variazione al Bilancio di previsione per l'Anno 2013, approvato con legge regionale n. 46/2012, per un importo complessivo di **Euro *240.000,00*** già assegnati alla Puglia con Decreto Direttoriale n. 206 del 10.12.2013 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e in corso di regolarizzazione contabile:

PARTE ENTRATA	PARTE SPESA
UPB 02.01.17	*UPB 5.2.1*
Cap. C.N.I. 2056290	*Cap. C.N.I. 784028*
+ € 240.000,00	***+ € 240.000,00***

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. n. 28/2001 e s.m.i.

Viene apportata, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012, in termini di competenza e cassa, la seguente variazione al bilancio di previsione per l'Anno 2013, approvato con legge regionale n. 46/2012 per l'iscrizione nel Bilancio di una somma complessiva di **Euro 240.000,00** assegnata alla Regione Puglia quale quota 2013 per le azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente per le persone con disabilità, con D.D: n. 206 del 12.12.2013 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali:

PARTE ENTRATA	PARTE SPESA
UPB 02.01.17	*UPB 5.2.1*
Cap. C.N.I. 2056290	*Cap. C.N.I. 784028*
+ € 240.000,00	***+ € 240.000,00***

Si rinvia a successivi atti della dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, per i necessari provvedimenti di impegno e di spesa, in coerenza con le priorità sopra indicate, e nel rispetto dei vincoli del Patto di Stabilità interno.

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi delle leggi costituzionali n. 1/1999 e n. 3/2001 nonché dell'art. 44 comma 1 e comma 4 lett. a) ed e) dello Statuto della Regione Puglia (legge regionale n. 12 maggio 2004, n. 7).

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di **approvare** quanto espresso in narrativa, che costituisce parte sostanziale del presente provvedimento;

- di **prendere atto** del Decreto Direttoriale n. 206 del 12.12.2013 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, che approva la candidatura della Regione Puglia per il finanziamento di azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente e assegna alla Regione Puglia l'importo di Euro 240.000,00;

- di **approvare** lo schema di Protocollo di Intesa (Allegato 1) per come già approvato dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e trasmesso agli Uffici regionali competente;

- di **autorizzare** la dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione sociosanitaria alla sottoscrizione con firma digitale del suddetto protocollo di intesa;

- di **approvare** l'iscrizione della somma complessiva di **Euro 240.000,00** e la conseguente variazione al Bilancio di Previsione per l'anno 2013, così come descritta nella sezione "Copertura finanziaria" del presente provvedimento, che qui si intende integralmente riportata;

- di **demandare** alla Dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, i provvedimenti di impegno della spesa prevista e ogni altro adempimento attuativo;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito istituzionale.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

R E G I O N E P U G L I A

Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità

Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria

ALLEGATO 1

PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE PUGLIA E MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI SULLE AZIONI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE

Ministero
del Lavoro e delle Politiche Sociali

Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali

PROTOCOLLO D'INTESA

FRA

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (di seguito denominato **Ministero**) con sede in Roma, via Fornovo n. 8 (C.F. 97434010589), rappresentato dal dott. Raffaele Tangorra, in qualità di Direttore Generale per l'inclusione e le politiche sociali;

E

La Regione Puglia (di seguito denominata **Regione**) con sede in Bari, Via Gentile n. 52 (C.F. 80017210727), rappresentata dalla dr.ssa Anna Maria Candela, in qualità di dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria;

VISTI

- la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che all'art. 14 detta disposizioni riguardanti progetti individuali per le persone con disabilità;
- la legge 5 febbraio 1992, n. 104, "legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" così come modificata dalla legge 162 del 21 maggio 1998, che detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza delle persone con disabilità;
- in particolare, l'art. 39, co. 2, della richiamata legge 104/92, che prevede che la Regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio […], a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e limitazione grave dell'autonomia

personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;
- la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York 13 dicembre 2006 e ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18;
- in particolare, l'articolo 19 della richiamata Convenzione ("Vita indipendente ed inclusione nella società") che prevede che "Gli Stati Parti […] riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, registrato presso la Corte dei Conti, Reg. 14, fg. 260, che adotta il Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 5, co.3, della citata legge 3 marzo 2009, n. 18;
- in particolare, la linea di azione n. 3, del richiamato Programma di Azione che illustra le proposte in materia di "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";
- infine, il parere favorevole, espresso ai sensi dell'art. 5, co.2, del decreto interministeriale 6 luglio 2010, n. 167, sul richiamato Programma di Azione biennale, da parte della Conferenza Unificata in data 24 luglio 2013 (Rep. Atti n. 72) e, in particolare, la raccomandazione ivi contenuta formulata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome (13/069/CU11/C8) riportante la richiesta di incrementare il finanziamento per le sperimentazioni regionali per le politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente;

CONSIDERATO CHE

- in data 31 ottobre 2013 sono state approvate le linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con decreto direttoriale n. 134/2013;
- il decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate linee guida del 31 ottobre 2013 e autorizzato il finanziamento, secondo la ripartizione evidenziata nell'elenco di cui all'art. 2 del medesimo decreto direttoriale, per un importo complessivo di euro 3.200.000,00, di cui la quota di euro 2.818.446,00 a valere sulle risorse assegnate, per l'anno finanziario 2013, al capitolo 3231 e di euro 381.554,00 a valere sulle risorse assegnate, per l'anno finanziario 2013, al capitolo 3112 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- la proposta della Regione risulta tra i progetti ammessi al finanziamento ai sensi del citato decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 e che il finanziamento relativo da parte ministeriale corrisponde complessivamente ad euro 240.000,00;
- gli interventi dovranno essere realizzati nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria di riferimento e in conformità alla progettazione approvata o come

successivamente modificata a seguito di autorizzazione ministeriale, a pena di revoca o riduzione del finanziamento;

VISTI ANCHE

- la legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante "Legge di contabilità e finanza pubblica";
- la legge 24 dicembre 2012, n.228, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)";
- la legge 24 dicembre 2012, n. 229, concernente il "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e il bilancio pluriennale per il triennio 2013 - 2015";
- il decreto 111879 del 31 dicembre 2012 con il quale il Ministro dell'economia e delle finanze ha provveduto alla ripartizione in capitoli delle unità previsionali di base relativa al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013, ed in particolare la Tabella 04;
- il decreto di cui sopra, che in particolare prevede che, alla Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali è stata assegnata la gestione del CDR 9 del quale fanno parte i capitoli 3231 "spese per progetti sperimentali aventi ad oggetto interventi in favore di persone con handicap grave…"e 3112 "spese per il funzionamento dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";
- il Decreto ministeriale del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 30 gennaio 2013 che assegna le risorse umane e finanziarie ai dirigenti degli Uffici Dirigenziali di livello generale appartenenti al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, attribuite ai capitoli delle unità previsionali di base della citata Tabella 4 di cui fa parte il CDR 9 – Direzione generale per l'inclusione, e le politiche sociali;
- il D.P.C.M. del 14 ottobre 2011, registrato dalla Corte dei Conti il 28 novembre 2011, reg. 14, foglio 39, con il quale al dott. Raffaele Tangorra è stato conferito l'incarico di Direttore Generale della Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali;
- il decreto interministeriale in data 26 giugno 2013, registrato alla Corte dei Conti il 1 agosto 2013, reg. 11, foglio 219, con il quale si è provveduto alla ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali 2013;
- il decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 73521, registrato dalla Corte dei Conti il 1 ottobre 2013, reg. 8, foglio 178, con il quale vengono apportate le necessarie variazioni di bilancio per poter trasferire agli aventi diritto le risorse previste dal Fondo nazionale per le politiche sociali 2013;
- infine, la legge n. 241 del 7 agosto 1990 che prevede la possibilità di stipulare accordi tra pubbliche amministrazioni;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1
(*Oggetto e durata del protocollo*)

1. Il presente Protocollo è finalizzato all'attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione Puglia in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità così come individuata nell'elenco contenuto nel decreto direttoriale n. 206/2013 citato in premessa ed allegato al presente atto.

2. La durata del presente Protocollo è fissata in mesi 12 a partire dalla comunicazione di inizio attività da parte della Regione di cui al successivo articolo 3, comma 1.

Articolo 2
(*Impegni della Regione*)

1. La Regione si impegna a svolgere le attività di cui all'art. 1 nel rispetto degli obiettivi e dei contenuti, nonché dei tempi, delle modalità organizzative e dei costi previsti nei progetti medesimi.

2. Per la copertura dei costi delle attività di cui al comma precedente, la Regione utilizza il contributo di cui all'articolo 5, nonché garantisce il cofinanziamento per la residua quota pari ad almeno il 20% dei costi totali. Non è ammesso il cofinanziamento attraverso la contribuzione in natura (personale, ad eccezione delle spese per lavoro straordinario, locali, beni durevoli etc).

Articolo 3
(Modalità di realizzazione)

1. La Regione si impegna a dare comunicazione dell'effettivo avvio delle attività alla Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'indirizzo di posta elettronica certificata dginclusione@mailcert.lavoro.gov.it.

2. Per una migliore esecuzione del Protocollo d'intesa, il Ministero può richiedere o autorizzare, entro il limite massimo dell'importo di cui all'art. 5, la variazione delle prestazioni e dei servizi previsti nel piano di attività purché non comportino maggiori oneri per la controparte.

3. La Regione si impegna, altresì, a presentare un rapporto intermedio relativo alla attività svolta nei primi sei mesi di attività del progetto, così come previsto al punto 9 della Linee guida del 31 ottobre 2013, richiamate in premessa, e a produrre apposita nota di addebito completa della documentazione valida ai fini fiscali, così come previsto al punto 9 delle citate Linee guida, nonché una relazione finale di monitoraggio delle attività svolte entro tre mesi dalla data di scadenza del progetto.

Articolo 4
(Commissione di Valutazione)

1. Con successivo decreto direttoriale, viene istituita una Commissione di Valutazione con compiti di verifica e monitoraggio ai fini della liquidazione del finanziamento secondo le modalità di cui al successivo art. 6.

2. Alla consegna dei lavori, alla Commissione di cui al comma precedente spetta il compito di verificare:

a) la conformità delle attività realizzate alle previsioni del presente Protocollo d'intesa;
b) la congruità della documentazione giustificativa di spesa prodotta dalla Regione;
c) la relazione sui risultati delle attività progettuali.

Articolo 5
(Importo ed esonero cauzionale)

1. Per lo svolgimento delle attività di cui al presente Protocollo d'intesa, viene pattuito un contributo complessivo pari a Euro 240.000,00 (duecentoquarantamila/00), così come specificato nell'elenco contenuto nel richiamato decreto direttoriale n. 206/2013 citato in premessa ed allegato al presente atto.

2. La Regione viene esonerata dal prestare cauzione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento per l'Amministrazione del patrimonio e la contabilità generale dello Stato.

3. L'onere a carico del Ministero graverà sul cap. 3231 "Spese per progetti sperimentali aventi ad oggetto interventi a favore di persone con handicap grave..." iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – Centro di responsabilità n.9 – "Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali" per l'anno finanziario 2013.

4. Ai fini della rendicontazione sull'utilizzo del contributo di cui al primo comma del presente articolo, verranno ritenute ammissibili unicamente le spese con le seguenti caratteristiche:
- strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal progetto;
- sostenute nel periodo compreso tra la data di sottoscrizione del presente Protocollo e la data del termine del progetto;
- documentate con giustificativi originali e conformi alla normativa vigente in materia fiscale e contabile;
- registrate nella contabilità generale e specifica dei beneficiari.

Non sono in ogni caso ammissibili le seguenti spese:
- contributi in natura (personale, ad eccezione delle spese per lavoro straordinario, locali, beni durevoli, etc);
- ammortamento di beni esistenti.

Articolo 6
(Modalità di liquidazione)

1. Il Ministero procederà alla liquidazione delle spese sostenute nel limite massimo della quota di partecipazione a proprio carico di cui all'articolo 5, comma 1, del presente protocollo.

2. Ai sensi del punto 9 delle richiamate Linee Guida 31 ottobre 2013, la somma di cui al precedente articolo 5, non soggetta ad IVA ai sensi degli artt. 1 e 3 del DPR n. 633/72 e successive modificazioni ed integrazioni, sarà corrisposta, previo accertamento della disponibilità di cassa, mediante accreditamento sul conto di contabilità speciale infruttifero n. conto tesoreria _____ intestato alla Regione, aperto presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato ubicato nel capoluogo di regione, recante CUP (Codice Unico di Progetto) I39G13000840003, secondo la seguente modalità:

a) il 50% del finanziamento accordato a seguito di comunicazione della Regione/P.A. indicante l'effettivo avvio delle attività;

b) il 30% del finanziamento accordato, previa positiva determinazione della Commissione di cui all'art. 4, alla presentazione di un rapporto intermedio di cui al punto 9, secondo paragrafo, delle citate Linee Guida e a seguito della verifica

relativa alla spesa di almeno il 75% dell'ammontare relativo alla prima *tranche* di finanziamento;
c) il 20%, previa positiva determinazione della Commissione di cui all'art. 4, a consuntivo, su presentazione di apposita nota di addebito completa della documentazione valida ai fini fiscali giustificativa delle spese sostenute per l'intero ammontare del finanziamento, nonché di una relazione finale di monitoraggio delle attività svolte.

3. Ai fini della liquidazione delle spese la Regione presenterà una nota di addebito in cui analiticamente sono riportate le prestazioni ed i servizi connessi alle spese rendicontate e nel limite in cui esse saranno debitamente documentate, comprensive di eventuale IVA dovuta a terzi per prestazioni eseguite. Tale nota di addebito deve essere accompagnata, relativamente alle spese sostenute, da idonea documentazione in originale, ovvero in copia rilasciata conformemente alle vigenti disposizioni normative.

4. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nella liquidazione dei pagamenti determinati da cause non imputabili allo stesso, ma cagionati da controlli di legge, amministrativo-contabili o dovuti ad imponibili di cassa.

Articolo 7
(*Inadempimenti e penali*)

1. In caso di grave inadempimento della Regione, il Ministero procederà al recupero del contributo concesso.

2. L'inadempimento è da ritenersi grave al verificarsi delle seguenti circostanze:
a) mancanze di organizzazione tali da pregiudicare la regolare realizzazione del progetto;
b) adozione di iniziative non concordate con il Ministero tali da arrecare pregiudizio all'andamento del progetto ed al Ministero stesso.

3. La Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali contesterà alla Regione l'inadempimento entro 40 giorni dalla conoscenza da parte del Ministero del verificarsi dello stesso, concedendo ulteriori 10 giorni per eventuali controdeduzioni, decorsi i quali la Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali deciderà con provvedimento motivato.

Articolo 8
(Responsabilità)

1. La Regione si impegna ad operare nel pieno rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti. Il Ministero non è responsabile per eventuali danni che possano derivare a terzi dalla gestione delle attività effettuate in modo non conforme agli articoli del presente Protocollo.

2. La Regione si impegna, in conseguenza, a sollevare il Ministero da qualsiasi danno, azione, spesa e costo che possano derivare da responsabilità dirette della Regione stessa.

Articolo 9
(Efficacia e modifiche)

1. Il presente Protocollo d'Intesa è efficace nei confronti della Regione, nonché del Ministero, solo dopo l'approvazione degli organi di controllo ed il conseguente impegno

della spesa. Il Ministero darà immediata informazione di quanto innanzi per permettere alla Regione di assumere gli adempimenti così come previsto nell'art. 1 del presente atto.

2. Eventuali modifiche al presente Protocollo d'Intesa devono essere concordate tra le parti. Per ogni autorizzazione non prevista nel presente atto e da richiedersi preventivamente è delegato il dr. Alfredo Ferrante, dirigente della. Div. IV Politiche per le persone con disabilità.

Articolo 10
(Clausola compromissoria)

1. Per ogni controversia che possa insorgere in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente Protocollo, dopo un preliminare tentativo di soluzione in via conciliativa, sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990 n. 241.

Il presente atto, letto, confermato e firmato digitalmente, è stipulato nell'interesse pubblico e l'eventuale registrazione su pubblici registri, per il caso d'uso, sarà a carico della parte che la richiede.

Il presente Protocollo di Intesa si compone di 10 articoli.

Roma, lì _____

Ministero del lavoro e delle politiche sociali
Direzione Generale
per l'inclusione e le politiche sociali

IL DIRETTORE GENERALE
Raffaele Tangorra

Regione Puglia
Servizio Programmazione Sociale e
Integrazione Sociosanitaria

LA DIRIGENTE
Anna Maria Candela

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2013, n. 2582

Documento di indirizzo economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Ripartizione provvisoria anno 2013.

L'Assessore al Welfare sulla base dell'istruttoria predisposta dal Dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie congiuntamente ai Dirigenti dei Servizi GFS - PAOS e ATP, confermata dal Direttore dell'Area riferisce quanto segue:

Con deliberazione di G.R. n. 802 del 26 - 04 - 2013 è stato approvato il "Documento di indirizzo economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale 2012".

Nelle more dell'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni del riparto nazionale delle risorse del FSN 2013 ed in considerazione delle disposizioni contenute nell'art. 15, comma 22 del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012 e nel comma 132 della L. 228/2012 (Finanziaria 2013) è stato iscritto nella Legge Regionale 28 dicembre 2012, n. 46 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013 e bilancio pluriennale 2013 - 2016 della Regione Puglia" l'importo complessivo di 6.594.044.162,00 quale importo corrispondente alla quota di Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2013.

Con la legge regionale 7 agosto 2013, n. 26 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2013", art. 18 sono stati previste risorse aggiuntive regionali destinate al SSR pari a 32.100.000,00 mln sul capitolo di n.i. 721073 del bilancio 2013;

Pur in assenza dunque di definizione del Riparto Nazionale delle Disponibilità Finanziarie per il SSN 2013 occorre comunque procedere ad una prima ripartizione economica partendo dal fabbisogno indistinto (no vincolato) quantificato in 6.806.202.409,00 (6.594.044.162,00 da LR 46/2012 più sbilancio di mobilità interregionale pari ad euro 180.058.247,00 riparto della mobilità interregionale approvata nella Conferenza delle regioni e PP.AA. del 5 dicembre scorso più risorse aggiuntive pari a 32.100.000,00), così come riportato nell'allegato A.

Per le finalità dell'art. 20 del D.Lgs.vo 118/2012, relative alla esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite riferite al finanziamento del servizio sanitario regionale, con deliberazione di Giunta Regionale in corso di approvazione, si è inoltre disposta l'iscrizione delle risorse vincolate ex art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013 sulla base delle ultime Intese CSR o Delibere CIPE, nelle more della approvazione dalla deliberazione di G.R il relativo riparto è effettuato sulla base delle iscrizioni relative al 2012 giusta DGR n. 800/2013 e DGR 801/2013 e nella misura definita in sede di DIEF a saldo 2012, DGR 802/2013(Tabella "G");

Per quanto riguarda l'IRCCS privato "Casa Sollievo della Sofferenza", l'EE "Miulli" di Acquaviva e l' EE "Panico" di Tricase si prende atto e si ratificano gli Accordi contrattuali riferiti agli anni 2013/2014/2015, sottoscritti il 9 ottobre u.s., allegati alla presente deliberazione per costituirne parte integrante.

Con il presente provvedimento si procede pertanto alla ripartizione economica delle risorse del FSR indistinto, delle risorse del FSR vincolato, quantificate nelle more della approvazione della deliberazione di giunta regionale relativa alla iscrizione del FSR vincolato 2013 in misura pari alle iscrizioni vincolate relative al 2012, giusta DGR 800/2013 e DGR 801/2013, in complessivi euro 130.737.010,00, del PayBack 2013 per euro 30.000.000,00 (quota su accertato capitolo di entrata del bilancio 2013 n. 2035783 connesso al capitolo di spesa 771098) e delle risorse aggiuntive per gli A.I.R. pari ad euro 20.820.000 (Tab I);

Detta ripartizione tiene conto in particolare delle sotto indicate disposizioni:

a) Le assegnazioni per quota pesata alle ASL è determinata utilizzando la popolazione ed i pesi ex DGR 802/13;
b) La mobilità sanitaria si riferisce all'anno 2011 e tiene conto dei sopra citati accordi sottoscritti il 9 ottobre u.s;
c) Le assegnazioni di cui alla Tabella "D" alle Aziende Ospedaliere, IRCCS ed E.E., tengono conto delle attività svolte in relazione al fabbisogno regionale delle prestazioni in correlazione al piano operativo e di riordino della rete ospedaliera, della valutazione delle emergenze e delle altre funzioni assistenziali previste dall' articolo 20 della legge regionale 28/2000;

d) Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS la remunerazione delle funzioni è contenuta nel 30% del limite di remunerazione assegnato;
e) L'accantonamento ex art. 10 comma 1 lett. b) della L. 38/94 ricomprende i contributi per l'equilibrio economico, la copertura per le sopravvenienze e le riserve per il consolidamento;
f) L'accantonamento ex art. 10, comma 1 lett. c): ricomprende gli specifici obiettivi e progetti vincolati rilevati nel corso del 2013, riportati nella allegata tabella "L";
g) Ai fini della determinazione dei fabbisogni delle ASL, nelle more dell'Intesa 2013 delle Disponibilità del SSR 2013 e tenuto conto dei tagli contenuti nell'art. 15, comma 22 del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012 e nel comma 132 della L. 228/2012 (Finanziaria 2013) si è provveduto ad una prima ripartizione allibrando le "Disponibilità finanziarie lorde" oltre quelle definite con la DGR 802/13 (tabella C) al netto di una riduzione prudenziale fissa pari a circa 1,453% per tutte le ASL;
h) L'importo di euro 125.000.000 per acquisto farmaci PHT e per la relativa distribuzione, è comprensivo degli eventuali maggiori costi dell'anno 2012;

Per quanto sopra:

- Si conferma quanto previsto ex DGR 802/13 riguardo alle modalità di trasferimento dei fondi destinati alla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT;
- Si ritiene inoltre, in via prudenziale, tenuto conto della riduzione delle risorse destinate al fondo sanitario nazionale, sino a determinazione del riparto definitivo 2013, di prevedere per il 2014 che le assegnazioni mensili alle Aziende siano commisurate a quelle determinate con la presente deliberazione e così come riportato nella allegata tabella "M";

Si dispone inoltre:

1. Per gli anni 2014 e 2015 le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero - Universitarie e gli IRCCS pubblici, anche in attuazione di quanto previsto dal D.Lgs 118/2011 art. 29 lettera b, non possono utilizzare risorse correnti riferite ai LEA per l'acquisto di cespiti, per manutenzioni straordinarie o altre spese di natura in c/capitale, salvo quanto necessario ed urgente al fine di garantire la non interruzione del servizio e comunque previa adozione di una Deliberazione del Direttore Generale, nonché previa verifica condotta presso gli Uffici Regionali competenti sulla eventuale disponibilità di altre risorse comunitarie e nazionali riservate per investimenti in conto capitale, comunque entro il 50% dei costi sostenuti nel 2012 a medesimo titolo (c.d. acquisti cespiti con risorse proprie). Il Direttore Generale dovrà entro 15 giorni provvedere all'invio delle suddette delibere all'Area Politiche per la Salute agli indirizzi PEC che saranno comunicati con specifica circolare per l'approvazione da parte dell'Assessore alle Politiche per la Salute. Ai fini degli investimenti le Aziende potranno utilizzare in accordo con l'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle P.O. altre risorse regionali, nazionali e comunitarie riservate agli investimenti in c/capitale.
2. Con riferimento agli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero, compresi gli E.E. ed IRCCS privati, in attuazione dell'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e,e bis, del D. L.vo 502/92 e della L.R. 12/2010, art.3, comma 2,è vietata la relativa remunerazione con oneri a carico del SSR di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi predeterminati annualmente dalle competenti autorità;
3. a valere dal 2013 e sino a diversa disposizione, in attuazione degli accordi sottoscritti il 9 ottobre u.s., a modifica di quanto disposto dai DIEF degli anni precedenti, ed ai fini della corretta e puntuale programmazione della spesa sanitaria, si precisa che:
   I. Il Tetto invalicabile "prestazioni remunerate regionali" comprende le prestazioni in regime di ricovero e prestazioni ambulatoriali regionali ed è da considerarsi Tetto Unico;
   II. Per la Somministrazione diretta farmaci regionali è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;
   III. Per la Mobilità attiva extraregionale è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;

IV. Il Tetto per le "Emergenze ed altre funzioni" è invalicabile.

I suddetti tetti (I, II, III, IV) inoltre sono da considerarsi separati, non trasferibili e non compensabili tra di loro.

4. di prevedere l'approvazione con Deliberazione di Giunta Regione del Bilancio preventivo economico della GSA e Consolidato 2014 ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs 118/2011 a seguito della sottoscrizione del Piano Operativo 2013 - 2015 in corso di approvazione da parte dei Ministeri competenti;
5. di prevedere il consolidamento della spesa 2013 per ciascuna ASL per l'erogazione di prestazioni domiciliari a valenza sanitaria (assistenza domiciliare sanitaria, riabilitativa) e sociosanitaria (assistenza domiciliare integrata), sia per la gestione diretta con proprio personale che mediante l'affidamento a terzi, con la spesa per acquisizione di beni e servizi, in coerenza con gli accordi di programma già sottoscritti tra ASL e Ambiti territoriali Sociali per l'attuazione del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura, e nelle more della approvazione del DIEF 2014 per il pieno recepimento degli indirizzi aggiuntivi in materia di cure domiciliari integrate di cui al Programma Operativo Salute 2013 - 2015;
6. di prevedere, per quanto riguarda i progetti e gli obiettivi prioritari per il SSR, ex art. 10 della LR 38/94, cui si rinvia per la parte procedimentale alle singole specifiche determine attuative, che, nelle more dell'approvazione del DIEF 2014, i Servizi competenti sono autorizzati ad assumere i relativi impegni di spesa a fronte dello stanziamento del capitolo 741090/2014 come dettagliatamente riportato nell'allegato "L" - colonna "Budget 2014" e nell'allegato "L1" al fine di dare avvio e/o assicurare la prosecuzione delle corrispondenti attività;
7. di non procedere ai saldi per le Aziende Sanitarie Locali sino a riparto definitivo 2013 salvo che per le quote relative ai saldi degli IRCCS privati ed EE sulla base della tabella "D".

Per le motivazioni innanzi riportate, si propone:

- Di approvare il Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale, ripartizione provvisoria anno 2013, allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

Quanto sopra premesso:

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

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

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

Copertura finanziaria ai sensi della legge regionale n. 28/2001 e s.m.i.

La spesa derivante dal presente provvedimento, al netto dello sbilancio di mobilità interregionale, pari a complessivi euro **6.807.771.172,00,** dettagliatamente riepilogata nell'allegato I trova copertura sugli stanziamenti dei sottoelencati capitoli al lordo degli impegni già registrati e delle variazioni compensative approvate con DGR 2231 del 26.11.2013:

Capitolo 721073/2013 € **32.100.000,00**;
Capitolo 741010/2013 € **14.600.000,00;**
Capitolo 712041/2013 € **70.000,00**;
Capitolo 721060/2013 € **2.450.000,00**;
Capitolo 741016/2013 € **3.000.000,00**;
Capitolo 711022/2013 € **2.300.000,00**;
Capitolo 711034/2013 € **3.500.000,00;**
Capitolo 741093/2013 € **1.000.000,00;**
Capitolo 712039/2013 € **100.000,00;**
Capitolo 712043/2013 € **80.000,00;**
Capitolo 721075/2013 € **300.000,00;**
Capitolo 712050/2013 € **130.000,00**;
Capitolo 712070/2013 € **16.153.000,00**;
Capitolo 742005/2013 € **3.000.000,00**;
Capitolo 783050/2013 € **300.000,00**;
Capitolo 741012/2013 € **34.014.436,00;**
Capitolo 721070/2013 € **27.000.000,00**;
Capitolo 751050/2013 € **500.000,00;**
Capitolo 711033/2013 € **1.000.000,00**;
Capitolo 711035/2013 € **3.000,00;**
Capitolo 741015/2013 € **560.000,00**;
Capitolo 712042/2013 € **120.000,00;**
Capitolo 751009/2013 € **350.000,00;**
Capitolo 712048/2013 € **1.800.000,00;**
Capitolo 741090/2013 € **6.481.713.726,00**.

oltre alle risorse del FSR vincolato per l'anno 2013, quantificate nelle more della approvazione

della deliberazione di giunta regionale relativa alla iscrizione del FSR vincolato 2013 in misura pari alle iscrizioni vincolate relative al 2012, giusta DGR 800/2013 e DGR 801/2013, in complessivi euro **130.807.010,00**, oltre al PayBack 2013 per euro **30.000.000,00** (quota su accertato su capitolo di entrata del bilancio 2013 n. 2035783 connesso al capitolo di spesa 771098) ed alle risorse aggiuntive pari ad euro **20.820.000,00** cap. 731030/2013 (Tab. I).

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

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione dell'Assessore proponente;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dai Dirigenti dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche per la Salute e del direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità

A voti unanimi espressi dai presenti;

DELIBERA

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

- di approvare il Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale, ripartizione provvisoria anno 2013, allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

- di ratificare gli Accordi contrattuali riferiti agli anni 2013/2014/2015, sottoscritti il 9 ottobre u.s., allegati alla presente deliberazione per costituirne parte integrante, afferenti l'IRCCS privato "Casa Sollievo della Sofferenza", l'EE "Miulli" di Acquaviva e l' EE "Panico" di Tricase.

- di disporre inoltre:
  1. Per gli anni 2014 e 2015 le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero - Universitarie e gli IRCCS pubblici, anche in attuazione di quanto previsto dal D.Lgs 118/2011 art. 29 lettera b, non possono utilizzare risorse correnti riferite ai LEA per l'acquisto di cespiti, per manutenzioni straordinarie o altre spese di natura in c/capitale, salvo quanto necessario ed urgente al fine di garantire la non interruzione del servizio e comunque previa adozione di una Deliberazione del Direttore Generale, nonché previa verifica condotta presso gli Uffici Regionali competenti sulla eventuale disponibilità di altre risorse comunitarie e nazionali riservate per investimenti in conto capitale, comunque entro il 50% dei costi sostenuti nel 2012 a medesimo titolo (c.d. acquisti cespiti con risorse proprie). Il Direttore Generale dovrà entro 15 giorni provvedere all'invio delle suddette delibere all'Area Politiche per la Salute agli indirizzi PEC che saranno comunicati con specifica circolare per l'approvazione da parte dell' Assessore alle Politiche per la Salute. Ai fini degli investimenti le Aziende potranno utilizzare in accordo con l'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle P.O. altre risorse regionali, nazionali e comunitarie riservate agli investimenti in c/capitale.
  2. Con riferimento agli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero, compresi gli E.E. ed IRCCS privati, in attuazione dell'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e,ebis, del D. L.vo 502/92 e della L.R. 12/2010, art.3, comma2, è vietata la relativa remunerazione con oneri a carico del SSR di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi predeterminati annualmente dalle competenti autorità;
  3. a valere dal 2013 e sino a diversa disposizione, in attuazione degli accordi sottoscritti il 9 ottobre u.s., a modifica di quanto disposto dai DIEF degli anni precedenti, ed ai fini della corretta e puntuale programmazione della spesa sanitaria, si precisa che:
     i. Il Tetto invalicabile "prestazioni remunerate regionali" comprende le prestazioni in regime di ricovero e prestazioni ambulato-

riali regionali ed è da considerarsi Tetto Unico;

ii. Per la Somministrazione diretta farmaci regionali è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;

iii. Per la Mobilità attiva extraregionale è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;

iv. Il Tetto per le "Emergenze ed altre funzioni" è invalicabile.

I suddetti tetti (I, II, III, IV) inoltre sono da considerarsi separati, non trasferibili e non compensabili tra di loro.

4. di prevedere l'approvazione con Deliberazione di Giunta Regione del Bilancio preventivo economico della GSA e Consolidato 2014 ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs 118/2011 a seguito della sottoscrizione del Piano Operativo 2013 - 2015 in corso di approvazione da parte dei Ministeri competenti;
5. di prevedere il consolidamento della spesa 2013 per ciascuna ASL per l'erogazione di prestazioni domiciliari a valenza sanitaria (assistenza domiciliare sanitaria, riabilitativa) e sociosanitaria (assistenza domiciliare integrata), sia per la gestione diretta con proprio personale che mediante l'affidamento a terzi, con la spesa per acquisizione di beni e servizi, in coerenza con gli accordi di programma già sottoscritti tra ASL e Ambiti territoriali Sociali per l'attuazione del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura, e nelle more della approvazione del DIEF 2014 per il pieno recepimento degli indirizzi aggiuntivi in materia di cure domiciliari integrate di cui al Programma Operativo Salute 2013 - 2015;
6. di prevedere, per quanto riguarda i progetti e gli obiettivi prioritari per il SSR, ex art. 10 della LR 38/94, cui si rinvia per la parte procedimentale alle singole specifiche determine attuative, che, nelle more dell'approvazione del DIEF 2014, i Servizi competenti sono autorizzati ad assumere i relativi impegni di spesa a fronte dello stanziamento del capitolo 741090/2014 come dettagliatamente riportato nell'allegato "L" - colonna "Budget 2014" e nell'allegato "L1" al fine di dare avvio e/o assicurare la prosecuzione delle corrispondenti attività;
7. di non procedere ai saldi per le Aziende Sanitarie Locali sino a riparto definitivo 2013 salvo che per le quote relative ai saldi degli IRCCS privati ed EE sulla base della tabella "D".

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia;

- di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

Tabella "A"

Quadro di riconciliazione economico e finanziario

Stima Fabbisogno 2013		**6.887.453.307,0**	
Entrate proprie	(113.350.898)		
Sbilancio Mobilità Extra Reg.le (Agg.)	(180.058.247)		
Fabbisogno netto di cassa - L.R. 46/2013		**6.594.044.162,0**	
Fabbisogno netto di cassa + Sbilancio Mobilità ExtraRegionale		**6.774.102.409,0**	a1
Risorse aggiuntive da Bilancio Regionale - LR 26/2013 - Capitolo 721073		32.100.000,0	a2

Determinazione della quota capitaria delle ASL

FSR regionale + risorse aggiuntive		**6.806.202.409,0**	**A =a1+a2**
Art. 10 della L.R. 38/94:			
Art. 10, comma 1 lett. a): Riequilibrio	(340.310.120)		
Art. 10, comma 1 lett. b): Riserve consolidamento - Accantonamento	(121.274.048)		
Art. 10, comma 1 lett. c): Imprevisti, Obiettivi e Progetti	(20.000.000)		
Totale importi ex L.R. 38/94		**(481.584.168)**	**B**
Importi iscritti su capitoli specifici		**(112.330.436)**	**C**
Importi a destinazione vincolata su cap. 741090			
Fondo programma riconversione [ex DCR 380/99 e s.m.i.]	Cap. 741090	(63.500.000)	
Medicina trasfusionale [DGR n. 275/2002 e successive]	Cap. 741090 - AOS	(6.000.000)	
Emergenze e funzioni non tariffate AO - IRCCS pubblici	Cap. 741090	(151.350.000)	
Emergenza ed altre funzioni IRCCS privati - EE	Cap. 741090	(62.010.000)	
Differenza Tariffe Regionali -TUC ex art. 29 - D.Lgs. N. 118/2011	Cap. 741090	(33.068.733)	
PHT - Acquisto Farmaci per Distribuzione diretta	Cap. 741090	(120.000.000)	
PHT - Servizio distribuzione farmaci depositi esterni	Cap. 741090	(5.000.000)	
Importi a destinazione vincolata su cap. 721073/2013			
Capitolo 721073/2013 - Quota IMA-SCA		**(6.800.000)**	
Capitolo 721073/2013 - Servizio Emergenza – Urgenza 118		**(3.000.000)**	
Capitolo 721073/2013 - Quota accant. Transazioni Uniba-Policlinico		**(3.300.000)**	
Totale		**(454.028.733)**	**D**
SOMME DA RIPARTIRE PER QUOTA CAPITARIA PESATA		**5.758.259.072,0**	**E= A+B+C+D**

RIPARTO QUOTA CAPITARIA PER LIVELLI DI ASSISTENZA

L.E.A.	%		Euro
Prevenzione		5,0%	287.912.954
Assistenza territoriale:		51,0%	
Pediatrica	1,00%		57.582.591
Med.medicina generale	6,00%		345.495.544
Farmaceutica	11,60%		667.958.052
Altra territoriale	32,40%		1.865.675.939
Assistenza ospedaliera		44,0%	2.533.633.992
Totale		**100,0%**	**5.758.259.072**
			ok

Importi iscritti su capitoli specifici di cui al punto c)

Trasferimenti all'arpa per le spese di funzionamento dei p.m.p.	Cap. 712070	(16.153.000)
Spese per elaborazione dati - legge 833/78 f.s.r.	Cap. 741010	(14.600.000)
Spese di funzionamento dell'ares. (art. 12, l.r. n. 24/2001).	Cap. 742005	(3.000.000)
Compensi e rimborsi spese componenti di commissioni e nuclei ispettivi regionali ...	Cap. 712050	(130.000)
Prestazioni integrative di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 57 l. 833/78. art. 25 l.r. 9/2000.	Cap. 783050	(300.000)
spese per contributi agli invalidi civili ex art. 27 l. 104/92. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	Cap. 712041	(70.000)
Assegnazione alle ausl delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita all	Cap. 741012	(34.014.436)
Contratti di formazione a finanziamento regionale per medici specializzandi alle univer:	Cap. 721060	(2.450.000)
Protocollo d'intesa regione-universita' di bari e foggia per la disciplina dell'integrazione	Cap. 721070	(27.000.000)
Spese per elaborazione dati per contabilizzazione ricette farmaceutiche e il loro acquis	Cap. 741016	(3.000.000)
Spese per l'osservatorio epidemiologico art. 7 l.r. 14/85	Cap. 751050	(500.000)
Spese per il funzionamento del sistema integrato di telecardiologia. dgr n. 482 del 31/0	Cap. 711022	(2.300.000)
Trasferimento alle aa.ss.ll. per il potenziamento delle attivita' dei centri di igene menta	Cap. 711033	(1.000.000)
Spese per le attivita' di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana. pia	Cap. 711034	(3.500.000)
Trasferimento alle aa.ss.ll. e alle universita' e agli enti e organismi interessati delle riso	Cap. 711035	(3.000)
Piano regionale prevenzione in attuazione dell'intesa stato, regioni e province autonon	Cap. 741093	(1.000.000)
Spese per l'osservatorio epidemiologico veterinario regionale e anagrafi animali - l.r. 2	Cap. 741015	(560.000)
Rimborso alle asl indennita' statale spettante ai cittadini colpiti da tbc non assistiti dall'	Cap. 712039	(100.000)
trasferimenti alle a.u.s.l. ed enti pubblici per interventi in materia di tutela degli animal	Cap. 712042	(120.000)
contributi per la tutela del patrimonio zootecnico - art.16 l.r. 12/95	Cap. 712043	(80.000)
Assegnazioni all'istituto zooprofilattico statale di foggia per potenziamento attività cor	Cap. 751009	(350.000)
SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE IN FAVORE DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI NELL	Cap. 721075	(300.000)
POTENZIAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI DI N.P.I.A. -L.R. 23/08 PUNTO 1.3.2 E 2.4.1	Cap. 712048	(1.800.000)
Totale		**(112.330.436)** **C**

Tab. B - DETERMINAZIONE QUOTA BASE PESATA AZIENDE USL PER LIVELLI DI ASSISTENZA

Livello di Assistenza		PREVENZIONE	TERRITORIALE				OSPEDALIERA		TOTALE QUOTA BASE PESATA
		Collettiva	*P.L.S.*	*M.M.G.*	*Farmaceutica*	*Specialistica e Territoriale*	*Costi strutturali ospedalieri a quota capitaria*	*Assistenza ospedaliera su popolazione pesata*	
ASL	Popolazione	**5,00%**	**1,00%**	**6,00%**	**11,60%**	**32,40%**	**22,00%**	**22,00%**	**100,00%**
BARI	1.246.742	88.628.837	17.672.380	106.409.412	205.130.026	574.314.864	389.966.883	386.239.888	**1.768.362.290**
BT	391.770	27.850.285	6.211.408	32.761.930	63.620.502	180.469.844	122.541.252	114.997.385	**548.452.606**
BRINDISI	400.504	28.471.170	5.402.443	34.464.957	66.333.912	184.493.183	125.273.149	127.405.256	**571.844.070**
FOGGIA	625.657	44.476.927	9.408.149	52.845.908	103.015.484	288.210.484	195.698.477	194.409.086	**888.064.515**
LECCE	801.170	56.953.857	10.663.295	69.091.456	133.582.138	369.060.993	250.596.970	261.621.448	**1.151.570.157**
TARANTO	584.229	41.531.878	8.224.916	49.921.881	96.275.990	269.126.571	182.740.264	182.143.934	**829.965.434**
Totale	4.050.072	**287.912.954**	**57.582.591**	**345.495.544**	**667.958.052**	**1.865.675.939**	**1.266.816.995**	**1.266.816.997**	**5.758.259.072**

Tab. C - RIEPILOGO ASSEGNAZIONI PROVVISORIE 2013 - ASL

		A	B	C	D = A+B+C	E	G= D+E
Azienda Sanitaria	Popolazione	**Quota base pesata**	Fondo ***PROVVISORIO*** per il programma di riconversione ex DCR 380/99, DGR 1870/02 e L.R. 31/7/03	Riequilibrio	**Disponibilità finanziarie lorde 2013**	Sbilancio mobilità regionale ed extra-regionale	**Disponibilità finanziarie nette 2013**
BARI	1.246.742	1.768.362.290		35.947.787	**1.804.310.077**	-370.138.794	**1.434.171.283**
BT	391.770	548.452.606	36.500.000	857.837	**585.810.443**	-77.398.523	**508.411.920**
BRINDISI	400.504	571.844.070		40.719.261	**612.563.331**	-55.451.931	**557.111.400**
FOGGIA	625.657	888.064.515	27.000.000	100.222.446	**1.015.286.961**	-353.451.859	**661.835.102**
LECCE	801.170	1.151.570.157		83.305.539	**1.234.875.696**	-126.312.457	**1.108.563.239**
TARANTO	584.229	829.965.434		79.257.250	**909.222.684**	-91.783.950	**817.438.734**
Totale	**4.050.072**	**5.758.259.072**	**63.500.000**	**340.310.120**	**6.162.069.192**	**-1.074.537.514**	**5.087.531.678**

Tab. D - ASSEGNAZIONI PROVVISORIE alle AZIENDE OSPEDALIERE, IRCCS PUBBLICI. ASSEGNAZIONI IRCCS PRIVATI ed ENTI ECCLESIASTICI

Azienda Sanitaria	Tetto massimo prestazioni remunerate regionali	Somministrazione diretta farmaci regionali	Mobilità attiva extraregionale	Concorso maggiori costi AOU	Emergenza ed altre funzioni	Assegnazioni Provvisorie 2013
	A	B	C	D	F	G=A+B+C+D+F
Policlinico	202.000.000	60.000.000	12.000.000	17.090.760	87.300.000	**378.390.760**
Ospedali Riuniti	125.500.000	22.400.000	5.800.000	9.909.240	48.000.000	**211.609.240**
Totale AO	**327.500.000**	**82.400.000**	**17.800.000**	**27.000.000**	**135.300.000**	**590.000.000**
I.R.C.C.S. De Bellis	16.300.000	3.100.000	400.000		5.850.000	**25.650.000**
I.R.C.C.S. Oncologico	20.600.000	11.500.000	2.100.000		10.200.000	**44.400.000**
Totale IRCCS pubblici	**36.900.000**	**14.600.000**	**2.500.000**	**-**	**16.050.000**	**70.050.000**
I.R.C.C.S. Maugeri Cassano	19.888.000	100.000	1.300.000		-	**21.288.000**
I.R.C.C.S. Casa Sollievo S.Giov. R.	172.680.000	13.000.000	31.000.000		33.500.000	**250.180.000**
I.R.C.C.S. Medea - Ostuni	3.320.000	-	250.000		-	**3.570.000**
Totale IRCCS privati	**195.888.000**	**13.100.000**	**32.550.000**	**-**	**33.500.000**	**275.038.000**
E.E. Miulli - Acquaviva delle Fonti	108.510.000	5.000.000	6.000.000		19.100.000	**138.610.000**
E.E. Panico	76.600.000	7.000.000	1.200.000		9.410.000	**94.210.000**
Totale EE	**185.110.000**	**12.000.000**	**7.200.000**	**-**	**28.510.000**	**232.820.000**
Totale	**745.398.000**	**122.100.000**	**60.050.000**	**27.000.000**	**213.360.000**	**1.167.908.000**

Tab. E - COMPOSIZIONE DELLO SBILANCIO DI MOBILITA'

EX DGR 802/13 più Accordi con EE ed IRCCS privati

AZIENDA SANITARIA	Mobilità passiva regionale	Mobilità passiva extra-regionale	Mobilità sanitaria attiva regionale	Mobilità sanitaria attiva extra-regionale	**Sbilancio mobilità**
	(a)	(c)	(d)	(e)	f=(a+c+d+e)
BARI	(398.455.658)	(53.707.193)	65.041.945	16.982.112	**(370.138.794)**
BAT	(85.295.113)	(22.902.950)	28.193.041	2.606.499	**(77.398.523)**
BRINDISI	(71.971.324)	(22.832.564)	35.841.880	3.510.077	**(55.451.931)**
FOGGIA	(304.806.538)	(60.767.306)	8.794.317	3.327.668	**(353.451.859)**
LECCE	(115.297.220)	(46.926.866)	29.973.356	5.938.273	**(126.312.457)**
TARANTO	(83.341.644)	(40.293.178)	23.824.958	8.025.914	**(91.783.950)**
Totale	**(1.059.167.497)**	**(247.430.057)**	**191.669.497**	**40.390.543**	**(1.074.537.514)**

AZIENDA SANITARIA			Mobilità sanitaria attiva regionale riparametrata con Tetti	Mobilità sanitaria attiva extra-regionale	**Totale**
	(a1)	(c1)	(d1)	(e1)	f1=(a1+c1+d1+e1)
Policlinico			262.000.000	11.888.108	**273.888.108**
Ospedali Riuniti			147.900.000	6.018.303	**153.918.303**
I.R.C.C.S. De Bellis			19.400.000	334.481	**19.734.481**
I.R.C.C.S. Oncologico			32.100.000	2.029.230	**34.129.230**
Totale	***0***	***0***	***461.400.000***	***20.270.122***	***481.670.122***
E.E. Miulli			113.510.000	5.801.722	**119.311.722**
I.R.C.C.S. Cassano			19.988.000	1.077.332	**21.065.332**
I.R.C.C.S. S.Giovanni R.			185.680.000	30.326.903	**216.006.903**
E.E. Panico			83.600.000	1.109.943	**84.709.943**
I.R.C.C.S. Medea			3.320.000	251.759	**3.571.759**
Totale	***0***	***0***	***406.098.000***	***38.567.659***	***444.665.659***
Totale	**0,00**	**0,00**	**867.498.000**	**58.837.781**	**926.335.781**
	a2=(a+a1)	c2=(c+c1)	d2=(d+d1)	e2=(e+e1)	f2=(a2+b2+c2+d2+e2)
Totale Generale	**(1.059.167.497)**	**(247.430.057)**	**1.059.167.497**	**99.228.324**	**(148.201.733)**

Tab. F - RIPARTO PROVVISORIO A.I.R. 2013 e PAYBACK

Azienda Sanitaria	Cap. 731030 [A.I.R. - MMG PLS MCA]	Cap. 731030 [A.I.R. 118]
Bari	5.174.797	1.179.191
BT	1.615.139	369.942
Brindisi	1.657.757	508.670
Foggia	2.634.607	971.099
Lecce	3.353.086	462.428
Taranto	2.384.614	508.670
Totale	**16.820.000**	**4.000.000**

Azienda Sanitaria	Cap. 771098 Payback
BARI	6.675.747
BT	172.119
BRINDISI	2.966.643
FOGGIA	9.923.457
LECCE	5.934.488
TARANTO	4.327.546
Totale	**30.000.000**

Tab. G - RIPARTO PROVVISORIO FSN VINCOLATO 2013 (ex DGR 802/13)

	Esclusività	Medicina Penitenziaria	Obiettivi di Piano	Borse di Studio M.G.	Aids	Hanseniani	Extra comunitari	Fibrosi Cistica	Totale
	2.124.349	**10.299.973**	**108.467.148**	**5.019.654**	**2.242.214**	**481.953**	**1.839.925**	**331.794**	**130.807.010**
Azienda									
Bari	470.000	3.170.662	33.389.665	1.545.210	690.225	148.361	566.388	102.137	**40.082.648**
BT	163.000	996.333	5.492.202	485.559	216.893	46.620	177.979	32.095	**7.610.681**
Brindisi	175.000	1.018.545	10.726.112	496.384	221.728	47.659	181.947	32.810	**12.900.185**
Foggia	180.000	1.591.145	21.756.055	775.438	346.378	74.452	284.232	51.256	**25.058.956**
Lecce	425.000	2.037.502	21.456.563	992.969	443.546	95.338	363.967	65.634	**25.880.519**
Taranto	220.000	1.485.786	15.646.551	724.094	323.444	69.523	265.412	47.862	**18.782.672**
Policlinico	265.000								**265.000**
Ospedali Riuniti	123.000								**123.000**
IRCCS De Bellis	18.000								**18.000**
IRCCS Oncologico	23.000								**23.000**
Totale	**2.062.000**	**10.299.973**	**108.467.148**	**5.019.654**	**2.242.214**	**481.953**	**1.839.925**	**331.794**	**130.744.661**
	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO
Accantonato	62.349							-	**62.349**

Tab. H - RIEPILOGO RIPARTO PROVVISORIO 2013 ASL, Aziende Ospedaliero-Universitarie ed IRCCS pubblici

Azienda Sanitaria	Indistinto	Cap. 731030 - [A.I.R.]	PayBAck	Vincolati	Totale	Mobilità	Netto Cassa
fonte:	Tab. C	Tab. F	Tab. F	Tab. F		Tab. E	
Bari	1.804.310.077	6.353.988	6.675.747	40.082.648	1.857.422.460	-370.138.794	1.487.283.666
BT	585.810.443	1.985.081	172.119	7.610.681	595.578.324	-77.398.523	518.179.801
Brindisi	612.563.331	2.166.427	2.966.643	12.900.185	630.596.586	-55.451.931	575.144.655
Foggia	1.015.286.961	3.605.706	9.923.457	25.058.956	1.053.875.080	-353.451.859	700.423.221
Lecce	1.234.875.696	3.815.514	5.934.488	25.880.519	1.270.506.217	-126.312.457	1.144.193.760
Taranto	909.222.684	2.893.284	4.327.546	18.782.672	935.226.186	-91.783.950	843.442.236
Totale	**6.162.069.192**	**20.820.000**	**30.000.000**	**130.315.661**	**6.343.204.853**	**-1.074.537.514**	**5.268.667.339**

	Assegnazioni 2013	Vincolati	Totale
	Tab. D	Tab. F	
Policlinico	378.390.760	265.000	378.655.760
Ospedali Riuniti	211.609.240	123.000	211.732.240
IRCCS De Bellis	25.650.000	18.000	25.668.000
IRCCS Oncologico	44.400.000	23.000	44.423.000
	660.050.000	**429.000**	**660.479.000**

Tab I - RICONCILIAZIONI

Riconciliazione Economica - 2013 Indistinto

Totale indistinto provvisorio (al lordo sbilancio mobilità)	6.774.102.409,0
Risorse aggiuntive - cap.721073	32.100.000,0
	6.806.202.409,0
Assegnazioni lorde ASL	6.162.069.192,0
Funzioni AO-IRCCS-EE	213.360.000,0
Farmaci PHT	125.000.000,0
Capitoli Regionali - GSA	85.330.436,0
Acc. su risorse agg.ve - cap.	13.100.000,0
Protocollo Università	27.000.000,0
Progetti ex art. 10 LR 38/94	20.000.000,0
Kedrion (sangue)	6.000.000,0
Imprevisti, contributo ed acc.	121.274.048,0
Quota riequilibrio non distribuita	-
Diff. TUC - art. 29 D.Lgs. 118/2011	33.068.733,0
Totale	6.806.202.409,0
Differenza	- ++

Riconciliazione Economica - Vincolato, Risorse agg.ve e Payback	
A.I.R.	20.820.000
PayBack	30.000.000
Aids	2.242.214
Borse di Studio MG	5.019.654
Extracomunitari	1.839.925
Hanseniani	481.953
Fibrosi Cistica	331.794
Medicina Penitenziaria	551.000
Fondo Esclusività	2.124.349
Obiettivi di Piano	108.467.148
Med. Penitenziaria ex DPCM 1/4/08	9.748.973
	181.627.010

Riconciliazione Finanziaria - 2013 Cassa

Netto Cassa- L.R. 46/2012	6.594.044.162
Risorse aggiuntive - cap.721073	32.100.000
	6.626.144.162
Assegnazioni lorde ASL	5.087.531.678
Funzioni AO-IRCCS-EE	1.167.908.000
Farmaci PHT	125.000.000
Capitoli Regionali - GSA	85.330.436
Acc. su risorse agg.ve - cap.	13.100.000
Progetti ex art. 10 LR 38/94	20.000.000
Kedrion (sangue)	6.000.000
Imprevisti, contributo ed acc.	121.274.048
Quota riequilibrio non distribuita	-
Totale	6.626.144.162
Differenza	- ++
	-

Riconciliazione Economica - Vincolato, Risorse agg.ve e Payback	
A.I.R.	20.820.000
PayBack	30.000.000
Aids	2.242.214
Borse di Studio MG	5.019.654
Extracomunitari	1.839.925
Hanseniani	481.953
Fibrosi Cistica	331.794
Medicina Penitenziaria	10.299.973
Fondo Esclusività	2.062.000
Obiettivi di Piano	108.467.148
Accantonamento su Vincolati	62.349
	181.627.010
Totale	**6.807.771.172**

Tab L - Progetti ed Obiettivi ex art. 10, comma 1 lett. c) della L.R. 38/94

			Anno 2013	
		Totale =	20.000.000,00	
Progetti / Attività / Obiettivi	**Servizio Competente**	**Ente destinatario**	**Importo provvisorio 2013**	**Budget provvisorio 2014 [*]**
[*] = Per il 2014 il Servizio competente è autorizzato ad impegnare e liquidare a valere sul capitolo 741090/2014.				
Sistema di Informazione in Sanità/Call center Sanitario	Servizio APS	InnovaPuglia S.p.A.	495.725,33	1.297.817,77
Ospitalità sistemi informativi regionali e supporto sistemistico	Servizio APS	InnovaPuglia S.p.A.	96.514,80	588.667,56
Assistenza tecnica e monitoraggio sistemi informativi	Servizio APS	InnovaPuglia S.p.A.	220.288,50	987.586,19
Progetti SIAP e ALATELEMA	Servizio APS	InnovaPuglia S.p.A.	204.000,00	-
Progetto G.I.A.D.A.	Servizio APS	Policlinico	300.000,00	-
e-CUP Puglia (SovraCUP regionale)	Servizio APS	InnovaPuglia S.p.A.	-	1.300.000,00
Sistema Informativo Regionale Anatomia Patologica	Servizio ATP		130.000,00	300.000,00
Registro Tumori	Servizio ATP	IRCCS "G.Paolo II"	20.000,00	200.000,00
Registro Malformazioni congenite	Servizio ATP	Policlinico	-	100.000,00
Quota su cap. 741090 - Rete Regionale IMA/SCA (1)	Servizio ATP	ATP	4.200.000,00	*Rinvio DIEF 2014*
Neuropsichiatria infantile	Servizio ATP	Policlinico	600.000,00	-
Marco Cavallo	Servizio ATP	ASL Brindisi	220.000,00	220.000,00
Cure palliative	Servizio ATP	ASL Bari	-	250.000,00
DH sui Disturbi dell'identità di genere ex DGR 1582/2013	Servizio ATP	Policlinico	40.000,00	130.000,00
Rupar Wireless 118 Regione	Servizio ATP	Innovapuglia	691.357,00	691.357,00
S.I.D.T. e Servizio Monitoraggio H24	Servizio ATP	ASL Le	200.000,00	-
Spese dirette PHT	Servizio GFS	Ares	200.000,00	200.000,00
Sistema informativo-contabile e costi GSA	Servizio GFS	Area Salute / InnovaPuglia	45.000,00	45.000,00
Convenzione Guardia di Finanza	Servizio GFS	Ares	250.000,00	250.000,00
Informatizzazione rete ematologica pugliese	Servizio PAOS	Policlinico	-	200.000,00
Sangue congelato e del sangue raro	Servizio PAOS	Policlinico	80.000,00	80.000,00
Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"	Servizio PAOS	Policlinico	250.000,00	250.000,00
Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"	Servizio PAOS	OO.RR.	300.000,00	300.000,00
Progetto "Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni fetoneonatali"	Servizio PAOS	ASL Bari	410.000,00	410.000,00
Progetto "Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni fetoneonatali"	Servizio PAOS	Policlinico	140.000,00	140.000,00
Progetto "Screening per il carcinoma eredo familiare"	Servizio PAOS	IRCCS "G.Paolo II"	112.500,00	-
Il Team Oncogenomico: modello operativo per il miglioramento dell'assistenza sanitaria in Oncologia	Servizio PAOS	Policlinico	200.000,00	200.000,00
Banca del cordone ombelicale	Servizio PAOS	Casa Soll. Sofferenza	1.380.000,00	1.380.000,00
Attività dei laboratori ARPA	Servizio ATP	ARPA	879.150,00	879.150,00
Assistenza Riabilitativa Territoriale - Taranto	Servizio GFS	Taranto	2.400.000,00	-
Contributo Empulia per la gestione delle gare sottosoglia del SSR	ATP-Struttura Prog.	Innovapuglia	1.000.000,00	1.600.000,00
Sistema informativo regionale vaccinazioni Giava	Servizio ATP	Innovapuglia	71.785,00	46.970,00
Iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione nell'ambito del piano della pre	Servizio ATP		350.000,00	350.000,00
Sostegno all'attività sportiva dei disabili	Servizio ATP		400.000,00	400.000,00
Assistenza socio-sanitaria in favore della popolazione migrante	Servizio ATP		500.000,00	500.000,00
Progetto Passi	Servizio ATP		90.000,00	90.000,00
Vivere nel parco in movimento	Servizio ATP			300.000,00
Imprevisti - Fondo di riserva provvisorio	Servizio GFS	Area Politiche Salute	3.523.679,37	

(1) = La quota provvisoria 2013 per la Rete Regionale IMA/SCA ammonta a complessivi 11 mln di euro (6,8 mln su cap. 721073 e 4,2 mln su cap. 741090)

Tab. M - ANTICIPAZIONI MENSILI FINANZIARIE per l'ESERCIZIO 2014

AZIENDA SANITARIA	Anticipazione a valere sul cap. 741090	Somme erogabili	Riclassifiche: Assegnazioni IRCCS privati ed Enti Eccles.	Valori finanziari netti: Risorse finanziarie nette assegnate	Valori finanziari netti: Erogazioni mensili arrotondate su cap. 741090
BARI *	1.434.171.283	1.434.171.283	145.818.200	1.579.989.483	131.665.790
BT	508.411.920	508.411.920	0	508.411.920	42.367.660
BRINDISI **	557.111.400	557.111.400	3.213.000	560.324.400	46.693.700
FOGGIA ***	661.835.102	661.835.102	228.512.000	890.347.102	74.195.592
LECCE ****	1.108.563.239	1.108.563.239	85.730.000	1.194.293.239	99.524.437
TARANTO	817.438.734	817.438.734	0	817.438.734	68.119.895
TOTALE AUSL	5.087.531.678	5.087.531.678	463.273.200	5.550.804.878	462.567.074

	A: da Tab. "D" Tetto massimo prestazioni regionali + Somm. Farmaci + Ricavi Prestazioni Extraregionali	B: -10% Tetto prestazioni AO/EE/IRCCS	C: Altre Assegnazioni [al netto dei costi univerisitari da erogarsi successivamente]	E = A+B+C: Totale	Somme erogabili al netto della riduzione	Riclassifiche: Assegnazioni IRCCS privati ed Enti Eccles.	Valori finanziari netti: Risorse finanziarie nette assegnate	Valori finanziari netti: Erogazioni mensili arrotondate su cap. 741090
Policlinico	274.000.000	-27.400.000	87.300.000	333.900.000	333.900.000	0	333.900.000	27.825.000
Ospedali Riuniti	153.700.000	-15.370.000	48.000.000	186.330.000	186.330.000	0	186.330.000	15.527.500
I.R.C.C.S. De Bellis	19.800.000	-1.980.000	5.850.000	23.670.000	23.670.000	0	23.670.000	1.972.500
I.R.C.C.S. Oncologico	34.200.000	-3.420.000	10.200.000	40.980.000	40.980.000	0	40.980.000	3.415.000
I.R.C.C.S. Cassano	21.288.000	-2.128.800	0	19.159.200	19.159.200	-19.159.200	0	0
I.R.C.C.S. S.Giovanni R.	216.680.000	-21.668.000	33.500.000	228.512.000	228.512.000	-228.512.000	0	0
I.R.C.C.S. Medea	3.570.000	-357.000	0	3.213.000	3.213.000	-3.213.000	0	0
E.E. Miulli	119.510.000	-11.951.000	19.100.000	126.659.000	126.659.000	-126.659.000	0	0
E.E. Panico	84.800.000	-8.480.000	9.410.000	85.730.000	85.730.000	-85.730.000	0	0
TOTALE AO EE IRCCS	927.548.000	-92.754.800	213.360.000	1.048.153.200	1.048.153.200	-463.273.200	584.880.000	48.740.000
Totale	927.548.000	-92.754.800	213.360.000	6.135.684.878	6.135.684.878	0	6.135.684.878	511.307.074

* Comprensive delle risorse finanziarie degli EE.EE. Miulli ed IRCCS privato Cassano

** Comprensive delle risorse finanziarie dell'IRCCS privato Medea

*** Comprensive delle risorse finanziarie dell'IRCCS privato S. Giovanni Rotondo

**** Comprensive delle risorse finanziarie dell'EE. Panico

Allegato L1 - Progetti, Programmi ed Obiettivi

1. **Sistema di Informazione in Sanità/Call center Sanitario**

Con deliberazione n. 2679/2009, così come modificata ed integrata dalla DGR 710/2009, la Giunta Regionale ha stabilito di affidare alla società *in-house* InnovaPuglia S.p.A. le attività di supporto – tecnico operativo alla redazione regionale del portale regionale della salute, il monitoraggio delle attività delle redazione ed il servizio di front – office telefonico così come dettagliatamente elencate nella scheda "Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità " allegato al medesimo provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.
In data 10/6/2010 è stato sottoscritto l'Atto Integrativo Rep. n. 011731 del 22/06/2010 "Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità (SICS)" che costituisce convenzione integrativa alla Convenzione Quadro approvata con Deliberazione della Giunta regionale n. 751 del 7 maggio 2009 e sottoscritta in data 30/06/2009.
Al fine di assicurare le attività del call center sanitario telefonico e le attività di supporto – tecnico operativo alla redazione regionale del portale regionale della salute per tutto il 2013 e per l'anno 2014 si autorizza inoltre il Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria alla sottoscrizione con InnovaPuglia S.p.A. di apposito atto integrativo alla DGR n. 751/2009 ed al prelievo delle somme di euro 495.725,33 per il 2013 e di euro 1297817,77 per l'anno 2014 dal Cap. 741090.

2. **Ospitalità sistemi informativi regionali e supporto sistemistico**

In una ottica di centralizzazione e di riduzione dei costi connessa al processo di riorganizzazione dei Centri Elaborazione Dati, che risulta essere in linea con le recenti direttive dell'Agenzia per l'Italia Digitale, l'intervento ha l'obiettivo di realizzare l'ospitalità dei sistemi informativi sanitari regionali centrali presso il Centro Servizi Sanità Elettronica della Regione Puglia, localizzato presso la sede di InnovaPuglia, assicurando al contempo il supporto sistemistico ai diversi progetti regionali

- Anatomia patologica
- Approvvigionamenti farmaci i n DPC
- Giava (esercizio e dimostrazione)
- Dipendenze (esercizio e addestramento)
- Hospice
- HTH Salute (test)
- MAAP/DB Ares
- Nardino
- Screening oncologici
- Sistema gestione documentale per Edotto (EdottoSGD)
- Sistema gestione documentale per Flussi I nformativi (FlussiSGD)
- Sistema gestione documentale per Sanità Elettronica (TseSGD)
- Edotto - Centro Servizi Regionale
- Edotto - Centro Servizi Assessorato
- Edotto - Ambiente di test.

Al fine di assicurare l'operatività dei sistemi informativi sopra elencati e dei connessi servizi, la cui interruzione avrebbe riflessi gravissimi sulle attività istituzionali delle Aziende Sanitarie e sull'assistenza sanitaria ai cittadini, oltre che sulla possibilità di soddisfare gli obblighi informativi, pena il mancato accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, si autorizza il Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria alla sottoscrizione con

InnovaPuglia S.p.A. di apposito atto integrativo alla DGR n. 751/2009 ed al prelievo delle somme di euro 96.514,8 per il 2013 e di euro 588. 667,56 per l'anno 2014 dal Cap. 741090.

3. **Assistenza tecnica e monitoraggio sistemi informativi**

Si rende necessario assicurare l'assistenza tecnica ICT e il monitoraggio del nuovo sistema informativo del 118 di Puglia e del sistema informativo Edotto da parte di InnovaPuglia S.p.A., al fine di garantire il controllo tecnico e il coordinamento del rinnovamento tecnologico di tutte le Centrali Operative e dei mezzi mobili del 118 di Puglia, nonché della evoluzione ed integrazione delle aree applicative del sistema informativo Edotto con i sistemi informativi aziendali, nazionali e regionali.
A tal fine si autorizza il Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria alla sottoscrizione di con InnovaPuglia S.p.A. di apposito atto integrativo alla DGR n. 751/2009 ed al prelievo delle somme di euro 220.288,5 per il 2013 e di euro 987.586,19 per l'anno 2014 dal Cap. 741090.

4. **Progetti SIAP e ALATELEMA**

Con DGR n. 2990/2011 è stato approvato il Documento di Indirizzo Economico e Funzionale (DIEF) per l'anno 2011 e per il triennio 2011-2013. Nella sezione n. 4 del suddetto DIEF è stata autorizzata la sperimentazione della gestione telematica degli avvisi e degli albi del settore sanitario (sezione 4.1) e il progetto servizi info-telematici a supporto dell'Assessorato alle Politiche della Salute (sezione 4.2) per gli anni 2012 e 2013.
Al fine di assicurare il finanziamento dei suddetti progetti per l'anno 2013, il Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria è autorizzato al prelievo delle somme di euro 204.000 dal Cap. 741090.

5. **Progetto G.I.A.D.A.**

Con deliberazione n. 504 del 22/3/2011 la Giunta Regionale ha autorizzato la prosecuzione delle attività progettuali dall'1/4/2011 al 31/3/2013 del progetto obiettivo biennale "GIADA – Diagnosi precoce e cura delle forme di abuso all'infanzia" da attuarsi presso tutte le UU.OO. dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" e le Cliniche Pediatriche dell'A.O. "Consorziale Policlinico" di Bari prevedendo un finanziamento di € 301.769,28 per il 1° anno (periodo annualità 1/4/2011 – 31/3/2012) e di € 301.769,28 per il 2° anno (periodo annualità 1/4/2012 – 31/3/2013) rientrante nell'ambito dell'accantonamento pari all'1% del FSR per "Obiettivi di Piano" ex art. 10, comma 1,lett. c) della L.R. n. 38/94.
Al fine di concludere il biennio progettuale ed assicurare il finanziamento per il 1° trimestre anno 2013, non liquidato per mancanza di fondi nell'anno 2012, si autorizza il finanziamento di € 166.341, 58 da attribuire all'A.O.U. "Consorziale Policlinico" di Bari.
Si autorizza inoltre il prosieguo delle attività progettuali dal 1/4/2013 al 31 Dicembre 2013 e si autorizza il finanziamento di € 119. 257,39 alle medesime condizioni del progetto approvato con la D.G.R. n. 504 del 22/3/2011.
Il competente Servizio APS è autorizzato al prelievo della somma complessiva di € 285.598,97 dal Cap. 741090 del Bilancio 2013. "

6. **e-CUP Puglia (SovraCUP regionale)**

Questa iniziativa progettuale si pone in continuità con l'attività affidata ad InnovaPuglia denominata "Sistema Regionale di Monitoraggio dell'accesso alle Prestazioni Sanitarie e dei Tempi di Attesa (e-CUP)" di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 710 del 15/03/2010.
Tale attività ha prodotto uno "Studio di Fattibilità" che ha individuato la possibilità di procedere al riuso di una soluzione di CUP sovra-aziendale sviluppata, tra l'altro, dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Umbria.
A seguito di tale decisione sono stati sottoscritti due protocolli d'intesa con le regioni Emilia-Romagna e Umbria "per la cooperazione interregionale volta allo sviluppo di iniziative di potenziamento della società dell'informazione, innovazione della Pubblica Amministrazione e sanità elettronica" , ed alla identificazione di un primo ambito entro il quale applicare tali protocolli mediante il riuso di alcune componenti sviluppate e/o sperimentate dalle regioni Emilia- Romagna e Umbria nel progetto interregionale di CUP regionale.
A seguito della sottoscrizione dei protocolli d'intesa, il Direttore dell'Area ha nominato i responsabili del gruppo di progetto così come previsto dagli stessi protocolli che dovranno congiuntamente procedere alla definizione ed approvazione di un progetto di riuso con le altre Regioni, consistente proprio nella sperimentazione in Puglia di alcune componenti di tale sistema.
Si rende necessario garantire le risorse necessarie alle attività di assistenza tecnica e di monitoraggio del progetto affidate ad InnovaPuglia nonché le risorse necessarie per attivare effettivamente la convenzione per il riuso del software (start-up del progetto, installazione del software, personalizzazione).
Per dare attuazione a quanto sopra il Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria è autorizzato al prelievo per l'anno 2014 della somma di 1.300.000,00 dal Capitolo 741090.

7. **Sistema Informativo Regionale Anatomia Patologica**

A seguito di quanto previsto dalla DGR n.2990/2011 con la quale è stato approvato il progetto "Sistema Informativo regionale Anatomia Patologica", è stato sottoscritto il Contratto Rep. 9983/2012 del 1.10.2012.
Il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione con il supporto del RIP di Progetto, di InnovaPuglia Spa e coinvolgendo il Gruppo di Lavoro dei Direttori delle Strutture di Anatomia Patologica delle Aziende Sanitarie di Puglia hanno già avviato le attività per assicurare la continuità operativa e per l'evoluzione, prevista dal progetto di cui alla DGR n.2990/2011 (Fase 2) del sistema informativo regionale delle Anatomie Patologiche della Regione Puglia.
Il Tavolo per la Sanità Elettronica, confermando l'importanza strategica del progetto al quale dovrà essere garantito il finanziamento necessario, incluso quello per le attività di supporto di InnovaPuglia SpA, ha preso atto della necessità di dare continuità alla gestione informatizzata delle attività delle strutture di anatomia patologica di Puglia mediante il sistema informativo regionale ed ha condiviso l'opportunità, sostenuta dalle esigenze manifestate dalle Aziende Sanitarie di Puglia, di realizzare gli interventi previsti dalla Fase 2 del progetto approvato con DGR n.2990/2012 quale infrastruttura indispensabile per realizzare la Rete regionale di cui alla DGR n.786/2013, fermo restando la necessità di attivare le procedure ad evidenza pubblica per la contrattualizzazione dei servizi.

E' autorizzato, pertanto, l'espletamento delle procedure necessarie per garantire la continuità operativa e l'evoluzione nel senso indicato dal TSE Puglia della piattaforma informatica Sistema Informativo Regionale Anatomia Patologica (SIRAP).
Al fine di consentire la realizzazione di quanto previsto dal progetto di Sistema Informativo regionale Screening (Arianna) e tenuto conto delle attività di assistenza e professionali già erogate nell'anno corrente, è autorizzato un finanziamento complessivo di Euro 650.000,00 per il triennio 2013-2015 di cui Euro 122.000,00 a valere per l'esercizio 2013 da prelevarsi dal Capitolo 741090 del Bilancio.
Il competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione con il supporto del RIP di Progetto e di InnovaPugia Spa è incaricato degli atti conseguenziali.

8. **Registro Tumori**

Con Deliberazione n.1500 del 1.8.2008 la Giunta Regionale ha istituito il "Registro Regionale Tumori della Regione Puglia" ed ha approvato lo schema di protocollo d'intesa tra l'Assessorato alle Politiche della Salute, l'Assessore all'Ecologia, l'IRCCS Giovanni Paolo II, l'A.Re.S., l'ARPA e le ASL della Regione Puglia ed ha, altresì, costituito il Comitato tecnico-scientifico del Registro Tumori della Regione Puglia di cui all'art. 6 del protocollo con sede presso l'IRCCS Ospedale Oncologico di Bari.
Al fine di sostenere il consolidamento del Registro Tumori della Puglia (RTP) è destinata per l'anno 2011 la somma di € 400.000,00 da finalizzarsi alla realizzazione delle attività e priorità stabilite dal Comitato Tecnico Scientifico e dall'Assessorato alle Politiche della Salute, anche nell'ambito del progetto Edotto (nuovo sistema informativo sanitario regionale) secondo quanto previsto dalla pianificazione e dalla progettazione esecutiva di progetto approvate, da liquidarsi all'IRCCS "Giovanni Paolo II", quale sede del Coordinamento Tecnico Scientifico del Registro di cui alla DGR n.1500/2008, per il funzionamento del centro di coordinamento regionale e delle sezioni periferiche,

9. **Registro Malformazioni congenite**

Le attività sono previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1409 del 23.07.2013.
Nel corso del 2013 è stato istituito, in data 05.12.2013, il Comitato Tecnico – Scientifico.
Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.
L'importo previsto per il 2013 è pari ad euro

10. **Rete Regionale IMA/SCA**

Il progetto regionale avviato con DGR 397/2008 ha come obiettivo la realizzazione di una rete regionale per IMA (infarto del miocardio acuto) e SCA (sindrome coronarica acuta) al fine di garantire la terapia appropriata in tempi rapidi a tutti i pazienti con sindromi coronariche acute. In esecuzione della citata DGR i rappresentanti legali dei centri pubblici e accreditati in possesso dei criteri di idoneità e dotate di laboratori di emodinamica attivi h24 hanno sottoscritto con la Regione Puglia l'esplicita disponibilità ad operare in rete regionale per IMA per la gestione dei pazienti con infarto del miocardio acuto, in assoluta continuità con la rete dell'Emergenza 118. La Regione rimborsa ai centri della rete regionale IMA/SCA i costi derivanti dall'attività svolta.

Le attività in continuità con gli anni precedenti trovano copertura con le risorse previste ammontanti a complessivi 11 milioni di euro (6,8 mln su cap. 721073 e 4,2 mln su cap. 741090).

Il servizio ATP è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

11. **"Consolidamento del day hospital e potenziamento delle Attività specifiche della U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Attivazione di Aree di eccellenza per gravi disturbi dello sviluppo " Importo: €. 600.000,00 (3^ annualità)**

Con deliberazione n.2085 del 3.11.2009, la Giunta Regionale ha approvato il Progetto concernente il potenziamento di Attività specifiche e il Consolidamento del day-hospital della U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell' Azienda ospedaliera universitaria Policlinico di Bari, per un costo complessivo di 1.600.000,00€.

Detto Progetto è stato incluso, ai sensi dell'art.10, comma 1, lett. c) della L. R. 38/1994, tra quelli di rilievo regionale, per cui è stato previsto specifico finanziamento nei Documenti di Indirizzo Economico Funzionale 2009 e 2010, che sono stati successivamente regolarmente erogati.

La realizzazione delle attività progettuali, il cui avvio aveva subito un iniziale rallentamento, ha permesso di ridurre le liste di attesa, il numero dei ricoveri impropri e la migrazione degli utenti fuori regione, oltre a garantire il miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza.

In particolare, si è registrato un aumento di 170 ricoveri in day-hospital per anno, mentre, in relazione all'altro obiettivo del Progetto (l'attivazione di Aree di eccellenza per gravi disturbi dello sviluppo), è stato possibile effettuare, sino a fine 2012, n.92 ricoveri per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e nr 68 ricoveri per Disturbo da Deficit d'Attenzione e Iperattività.

Pertanto, atteso che il Progetto di cui trattasi è stato ricompreso dal Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale anno 2012 - approvato con DGR n.802 del 26-04-2013 -, tra quelli di rilievo regionale, al fine di garantire la regolare prosecuzione delle attività progettuali per l'anno 2013, risulta necessario assicurare la 3^ annualità di finanziamento, corrispondente ad €. 600.000,00.

12. **Progetto " Centro Diurno Sperimentale Marco Cavallo, gestito dal Centro di Salute Mentale di Mesagne, congiuntamente all'Associazione < 180 Amici Puglia>, realizzato nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Brindisi"Importo: €. 220.000,00 (2^ annualità).**

L'articolo 9 della L. R. n.26/2006 - che detta le disposizioni programmatiche regionali per la tutela della salute mentale - prevede Centri Diurni nei quali sperimentare forme di autogestione da parte di utenti e gruppi di self-help, quale opportunità per la realizzazione di una piena cittadinanza degli utenti.

Con deliberazione n.330 dell' 1 Marzo 2011, la Giunta Regionale ha approvato il Progetto < Centro Diurno Sperimentale, gestito dal Centro di Salute Mentale di Mesagne, congiuntamente all'Associazione " 180 Amici Puglia " e Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale di Comunità, presso il Centro Polifunzionale " Marco Cavallo " di Latiano, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Brindisi >.

Conseguentemente, con Atto dirigenziale n.189 del 10 Maggio 2011 si è provveduto ad erogare la somma di €.220.000,00 finalizzata ala copertura delle spese correlate alla realizzazione del 1° anno di attività progettuali. La ASL BR ha, pertanto, proceduto a stipulare apposita convenzione con l'Associazione di Promozione Sociale " 180 Amici Puglia Onlus "

per la gestione congiunta con il CSM di Mesagne del Centro Sperimentale, con annesso Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale di Comunità " Marco Cavallo " con sede a Latiano. Il Progetto in parola è basato su strategie operative differenti rispetto a quelle tipicamente assistenziali ed è in linea con le esperienze più innovative in salute mentale a livello nazionale ed internazionale. Esso mira a favorire negli utenti lo sviluppo di percorsi di protagonismo, l'auto-mutuo-aiuto, attraverso la sperimentazione del Socio Esperto per Esperienza (SEPE), che coadiuva gli operatori, esperti per professione, nella gestione dello stesso Centro.

Il < Centro Diurno Sperimentale > è anche laboratorio di studio e di ricerca sulla salute mentale per cui, nel corso di tutto il 2012, ha organizzato seminari, corsi, convegni e momenti culturali per la cittadinanza. Va evidenziata, in particolare, la partecipazione al Progetto MEHENET in Egitto, che ha portato all'apertura del primo CSM egiziano nel territorio di Alessandria, ed al Progetto " Formarsi Insieme: Percorso formativo condiviso tra operatori, utenti e studenti ", che ha coinvolto alcune scuole professionalizzanti delle 6 provincie pugliesi.

Inoltre, è opportuno segnalare la organizzazione e realizzazione del Convegno Nazionale " Impazzire si può ... al Sud ? ", curata interamente dagli utenti, che ha visto la partecipazione di centinaia di volontari, operatori, utenti e familiari provenienti da tutta Italia.

Dette attività sono state oggetto di relazione da parte del Direttore del DSM, trasmessa con nota prot.165 Dir del 27 Novembre 2012. Il Progetto di cui trattasi è stato, inoltre, ricompreso dal Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale anno 2012, approvato con DGR n.802 del 26-04-2013, tra i progetti di rilievo regionale, ai sensi dell'art.10, comma 1, lett. c) della L. R. 38/1994.

Per garantire la regolare prosecuzione del Progetto, risulta, pertanto, necessario assicurare, per l'anno 2013, la 2^ quota di finanziamento, corrispondente ad €. €.220.000,00.

13. <u>Cure palliative</u>

L'attività è prevista a partire dal 2014. Per il 2014 il Servizio competente è autorizzato ad impegnare e liquidare a valere sul capitolo 741090/2014.

14. <u>DH sui Disturbi dell'identità di genere ex DGR 1582/2013</u>

Con Deliberazione di Giunta Regionale n 1324 del 2003 sono stati approvati i protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di Day Hospital e Day Surgery per diverse patologie, tra le quali quella relativa al disturbo dell'identità di genere (transessualismo).

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, già dal 2003, ha istituito il Centro che si occupa in regime di DH di pazienti affetti da "disturbo dell'identità di genere "che, riconosciuto quale Centro di eccellenza in tutto il meridione, ha visto incrementare nel corso degli anni la richiesta di assistenza dell'utenza, non solo regionale ma anche extra-regionale, portatrice del disagio "nell'area della sessualità", tanto da determinare una lista d'attesa di pazienti che hanno richiesto la presa in carico.

Il Day Hospital sui Disturbi dell'Identità di Genere rappresenta l'unico centro attivo nell'Italia Meridionale, che propone una presa in carico "globale" del paziente transenssuale, perseguendo diversi vantaggi di utilità sociale:

- Riduzione del rischio del ricorso a terapie ormonali e pratiche chirurgiche prive di supervisione e controllo da parte di specialisti;
- Riduzione della percentuale di prostituzione dei soggetti transessuali
- Riduzione dei comportamenti devianti, della criminalità e della diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili.

Il Day Hospital sui Disturbi dell'Identità di Genere ha attualmente in carico n 200 utenti, ha registrato nell'ultimo anno un incremento di n 23 nuovi accessi, ha una lunga lista di attesa e si prevede un incremento di ulteriori richieste nei prossimi mesi, come documentato dai dati statistici.

Il Servizio, inoltre, già Centro di eccellenza per la fascia adulta, sta registrando un aumento della richiesta da parte di adolescenti con problematiche sull'identità di genere.

Ciò nonostante, l'attività del Centro, basatasi fin ora prevalentemente sul lavoro dei volontari e degli specializzandi, rischia l'interruzione, con conseguente annullamento degli effetti positivi ad oggi ottenuti ed, inoltre, con il rischio di dover inviare i pazienti già in carico verso altri centri fuori Regione, con ulteriore aggravio di costi aggiuntivi per gli utenti.

Considerato che il Servizio, per funzionare in modo produttivo, avrebbe almeno bisogno di n. 2 psicologi, con particolare esperienza nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi dell'identità di genere, nonché di n 1 infermiere, che in modo stabile si occupi della programmazione degli esami, delle consulenze, con provvedimento giuntale n. 1582 del 3 Settembre u.s. è stato approvato, ai sensi dell'art. 10 c. 1 lett. c) della L. 38/94, il Progetto "Day Hospital sui Disturbi dell'Identità di Genere" proposto dalla Direzione Generale dell' Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, in quanto progetto di rilevanza regionale, alla cui realizzazione si destina, per l'anno 2013, la quota di €. 40.000,00.

15. <u>Rupar Wireless 118 Regione</u>

L' attività "Servizi Rupar Wireless per il 118 regionale" trasmessa dalla Società in house InnovaPuglia, per gli anni 2012-2014, è stata approvata dal TSE Puglia. Lo stanziamento è la quota di riferimento per l'espletamento del progetto per l'anno 2013. Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

16. <u>S.I.D.T. e Servizio Monitoraggio H24</u>

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

17. <u>Spese dirette PHT</u>

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

18. Spese di funzionamento e Sistemi informativi G.S.A.

Gli importi previsti sono relativi alle spese di informatizzazione contabile della GSA, in applicazione dell'art. 24 del D.Lgs 118/2011 (A.D. n. 20/168/2013), dei costi derivanti per le attività di verifica ai sensi dell'art. 22 lett. d) del D.Lgs 118/2011 (DGR 2469/2012) e spese di funzionamento (AD 47/168/2013). Per il 2014 oltre ai costi già indicati occorre prevedere attività di formazione, ai sensi del sopra citato Decreto Legislativo.

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e la liquidazione della spesa da indicare con specifica determina dirigenziale.

19. Convenzione Guardia di Finanza

La spesa riguarda la Convenzione tra il Comando Regionale Puglia Guardia di Finanza e l'Assessorato alle Politiche della Salute in tema di contrasto agli illeciti in materia di spesa sanitaria, giusta DGR 2820/2012 ed atto dirigenziale n. 18/168/2013. La convenzione è riferita agli anni 2013 e 2014. Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

20. Informatizzazione rete ematologica pugliese

L'attività è prevista a partire dal 2014. Per il 2014 il Servizio competente è autorizzato ad impegnare e liquidare a valere sul capitolo 741090/2014.

21. Sangue congelato e del sangue raro– Importo 2013

E' destinata, all'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari una somma pari ad € 80.000,00 da assegnare su rendicontazione delle spese sostenute unitamente ad una relazione sulle attività svolte e dei risultati raggiunti previa verifica da parte del Servizio PAOS e da parte del CRAT.

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

22. Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"

L'attività di "Emodialisi notturna" è necessaria al fine di avviare e/o potenziare i programmi di trattamento sostitutivo dell'insufficienza renale a vantaggio in particolare dei pazienti con problematiche di instabilità cardiovascolare.

Per l'attuazione del progetto "Emodialisi notturna", l'entità del finanziamento è pari a € 250.000,00 per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria OO.RR. di Foggia e € 300.000,00 per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari.

Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della somma di € 550.000,00, dal Capitolo 741090 del bilancio 2013 da destinarsi per il progetto "Emodialisi notturna", da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte delle rispettive Aziende Ospedaliero-Universitarie.

23. Progetto "Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni fetoneonatali"

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2908 del 20/12/2012 è stato approvato il progetto di natura interaziendale "Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali".

In particolare, tale progetto di durata triennale, si pone come obiettivo quello di offrire alle coppie un percorso medico altamente qualificato, articolato e programmato, teso a ridurre:

- la mobilità extraregionale per la diagnosi delle malformazioni prenatali;
- la presenza di danni neonatali, e il successivo peggioramento della prognosi, legati alla mancanza di un appropriato e tempestivo trattamento medico chirurgico del neonato;

- deviazione della domanda verso strutture private;
- interruzione della gravidanza nel "dubbio diagnostico" senza un'appropriata definizione del quadro malformativo complesso.

Il progetto deve essere realizzato per la ASL BA presso l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale in collaborazione con la Cardiochirurgia Pediatrica dell'Ospedaletto Giovanni XXIII e con la Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari.
Così come previsto con DGR n.2908/2012, la durata del progetto riguarda gli anni 2011-2013.
A seguito di ritardi nell'avvio del suddetto progetto, si decide di modificare la DGR n.2908/2012 nella parte in cui prevede la durata dello stesso.
Pertanto, al fine di consentire la realizzazione, nonché le azioni di start up e potenziamento, la durata del progetto è fissata per gli anni 2013 - 2015.
Si decide quindi di finanziare la prima annualità 2013 pari a € 550.000,00 da ripartirsi secondo le disposizioni dettate nella stessa DGR n.2908/2012.
Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della somma di € 550.000,00 dal Capitolo 741090 del bilancio 2013.

24. Progetto "Screening per il carcinoma eredo familiare"

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 140 del 12/2/2008 è stato approvato il progetto "Screening carcinoma mammario eredo-familiare".
Tale progetto, realizzato dall'Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, si pone come obiettivo quello di istituire ed organizzare un network regionale di consulenza genetica per tumori femminili ereditari (mammella/ovaio) e di un modello regionale per attività laboratoristico-cliniche legate ai tumori femminili ereditari.
In ottemperanza a quanto disposto dalla DGR n.140/2008, l'entità del finanziamento per le tre annualità previste è stato pari ad € 225.000,00 per ciascun anno.
Con Determinazione del Dirigente dell'Ufficio PAOS 3 n. 59 del 2/5/2013 è stata liquidata la prima rata relativa alla terza annualità del progetto.
Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi proposti, si rende necessario rifinanziare la seconda e terza rata relative alla terza annualità pari ad € 112.500,00 complessivi (già finanziate con il DIEF 2011 e non liquidate), da ripartirsi secondo le disposizioni dettate nella stessa DGR n.140/2008.
Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della somma di € 112.500,00 dal Capitolo 741090 del bilancio 2013.

25. Progetto "Il Team Oncogenomico: modello operativo per il miglioramento dell'assistenza sanitaria in Oncologia"

Il progetto è finalizzato all'implementazione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, con la collaborazione dell'Università degli Studi di Bari, di procedure innovative di caratterizzazione genomico-molecolare dei tumori a scopi diagnostici e terapeutici. Infatti, secondo le indicazioni delle maggiori società scientifiche in ambito oncologico, la diagnostica molecolare dei tumori rappresenta un moderno approccio per la gestione dei pazienti sia sul piano diagnostico, sia su quello terapeutico per l'adozione della target therapy il cui uso comporta minore incidenza di complicanze con un consistente abbattimento dei costi dell'assistenza. A tale riguardo, con il progetto si raggiungono vantaggi diagnostici e terapeutici per i pazienti, un risparmio nella spesa sanitaria regionale per l'assistenza pari ad € 27.000.000,00, un guadagno culturale per l'oncologia.

Il progetto TOG sarà realizzato dalle UU.OO. di Oncologia Medica Universitaria, di Anatomia e Istologia Patologica, e di Genetica Medica nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico.

- Il progetto prevede una durata quinquennale a partire dall'anno 2014. L'entità del finanziamento è pari ad € 1.430.000,00 distribuiti nel corso del quinquennio nel seguente modo:
- € 430.000,00 per investimento iniziale di strumentazione tecnologica;
- € 200.000,00 per costi di gestione da attribuirsi annualmente.

Pertanto, la somma da finanziarsi per l'annualità del 2014 è pari ad € 640.000,00. Con i successivi DIEF annuali saranno finanziate le altre annualità per un importo pari ad € 200.000,00 ciascuna.

Gli importi delle singole annualità saranno liquidati con le seguenti modalità:

Per l'annualità del 2014

- I rata pari al 50% del finanziamento per le azioni di start up;
- II rata a seguito di presentazione di dettagliata rendicontazione semestrale degli importi liquidati con la I rata, certificata dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera;

Per le restanti annualità:

- I rata pari al 50% del finanziamento a seguito di dettagliata rendicontazione del II semestre dell'anno precedente, certificata dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera;
- II rata a seguito di presentazione di dettagliata rendicontazione semestrale degli importi liquidati con la I rata, certificata dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera.

Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della somma di € 200.000,00 dal Capitolo 741090 del bilancio 2014 per le spese di gestione.

26. <u>Banca del cordone ombelicale</u>

Per l'anno 2013 per la Banca regionale del cordone ombelicale, la cui istituzione presso l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG), è assicurato un finanziamento di € 1.380.000,00 da assegnare a seguito di specifica e dettagliata rendicontazione circa i costi effettivamente sostenuti.

Il Servizio competente è autorizzato ad impegnare e liquidare a valere sul capitolo 741090.

27. <u>Attività dei laboratori ARPA</u>

Al fine di ottemperare agli obblighi sanciti dalla normativa nazionale ed europea, è indispensabile mantenere il sistema di attività dei laboratori di ARPA Puglia per l'analisi degli alimenti e delle acque destinate al consumo umano, a cui deve aggiungersi il potenziamento delle attività in materia di balneazione prevista dal D.Lgs 116/2008, come concordati in sede di Programma delle attività per il 2011 ed approvati dal Comitato di indirizzo dell'Agenzia.

Ciò premesso, il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo di € 879.150,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2013 da destinarsi alle attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione analitica delle voci di costo, delle attività e dei risultati raggiunti da parte di ARPA e previa verifica dello stesso Servizio e degli organismi regionali competenti.

28. Assistenza Riabilitativa Territoriale – Taranto

In continuità con le DGR 1389/12 e DGR 802/13 si conferma il finanziamento integrativo per l'assistenza riabilitativa - ASL di Taranto.
Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa preso atto della certificazione dell'ASL di Taranto della spesa rendicontata.

29. Contributo Empulia per la gestione delle gare sottosoglia del SSR

Il Decreto Legge 95/2012 convertito con Legge 135/2012 in tema di Spending Review all'art. 1 rafforza l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di approvvigionarsi mediante Consip o mediante le centrali di committenza regionali costituite ali sensi dell'art.1 co. 455 della L. 296/2006, rendendo eccezionale il ricorso a procedure autonome di acquisto.
In linea con le disposizioni innanzi richiamate con DD.GG.RR. 1391 e 1392/2012 sono state elaborate linee di indirizzo per la centralizzazione e monitoraggio degli acquisti effettati dagli enti e dalle aziende del SSR, obbligando le stesse aziende sanitarie a procedere agli affidamenti in economia ex art. 125 Codice dei Contratti mediante ricorso alle procedure telematiche sulla piattaforma Empulia. I risultati conseguiti nell'ambito del sottosoglia indicano ad oggi un valore complessivo del transato di oltre 40 milioni di euro per un totale di gare espletate per lavori, servizi e forniture superiore a 2.300. Del sopradetto volume la spesa sanitaria rappresenta quasi il 90% e dunque con l'obiettivo di consentire alla centrale di committenza una adeguata capacità organizzativa si prevede un contributo pari ad un milioni di euro nel 2013.
Il servizio competente – struttura di progetto è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

30. Sistema informativo regionale vaccinazioni (Giava)

A seguito di quanto previsto dalle DD.GG.RR. n.286/2007 e n.2866/2010 è stato sottoscritto in data 1.12.2012 il Contratto per l'affidamento della gestione evolutiva e la manutenzione del sistema informativo per la gestione informatizzata dell'anagrafe dei soggetti vaccinati e delle attività vaccinali (GIAVA).
Il Tavolo per la Sanità Elettronica confermando l'importanza strategica del progetto al quale dovrà essere garantito il finanziamento necessario, incluso quello per le attività di supporto di InnovaPuglia SpA, ha preso atto della necessità di dare continuità alla gestione informatizzata delle attività di gestione informatizzata delle attività ed anagrafi vaccinali la cui esperienza risulta di riferimento nello scenario nazionale così come confermato dalle diverse richieste di riuso della soluzione implementata dalla Regione Puglia.
Al fine di consentire la realizzazione di quanto previsto dal progetto di Sistema Informativo regionale vaccinazioni (Giava), è autorizzato un finanziamento complessivo per il triennio 2013-2015 di Euro 130.000,00 per il triennio 2013-2015 di cui Euro 71.785,00 a valere per l'esercizio 2013 da prelevarsi dal Capitolo 741090 del Bilancio.
Il competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione con il supporto del RIP di Progetto e di InnovaPuglia Spa è incaricato degli atti conseguenziali.

31. Iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione nell'ambito del piano della prevenzione

La giunta regionale con provvedimento numero 1196 del 1 luglio 2013 ha inteso dare continuità, come sancito nell'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 alle attività avviate ed espletate nel piano regionale della prevenzione 2010 – 2012 e successive modifiche e integrazioni. La *giunta regionale* ha altresì voluto confermare che le linee di attività inserite

nel Piano Regionale di Prevenzione rivestono carattere prioritario per l'intera pianificazione regionale al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza. Tenuto conto che all'interno del PRP molteplici progetti richiedono il sostegno attraverso iniziative di comunicazione rivolte all'opinione pubblica (screening, Promozione della salute corretti stili di vita , ecc..) il servizio PATP è autorizzato all'impegno della somma di euro 350.000,00 dal capitolo 741090 da destinare ad attività di comunicazione rivolta alla popolazione pugliese.

32. **Sostegno all'attività sportiva dei disabili**

La numerosità delle persone con disabilità residenti in Puglia, pari a poco più di 200.000,00 (circa l'8% di tutti i disabili presenti nel nostro paese) richiama la necessità di dedicare ancora più attenzione e risorse al tema dell'integrazione dei disabili. Anche in Puglia così come a livello nazionale si registrano per lo più "difficoltà nelle funzioni" seguite da "difficoltà nel movimento". Meno frequenti sono le persone che hanno difficoltà, carenze e disagio relativamente alle funzioni di "visto, udito e parola". Pertanto come previsto dal vigente piano regionale della salute è inserito, tra gli obiettivi specifici del più generale obiettivo "politiche per la promozione dei diritti delle persone con disabilità e delle proprie famiglie" quello di sostenere le attività di integrazioni sociali dei disabili anche attraverso attività di sport terapia .

33. **Assistenza socio-sanitaria in favore della popolazione migrante**

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

34. **Progetto Passi**

Il servizio competente è autorizzato all'impegno e liquidazione della spesa.

35. **Vivere nel parco in movimento. Progetto di attività fisica per il benessere dei pugliesi nei parchi.**

Obiettivo del progetto: promuovere l'attività motoria dei cittadini pugliesi all'interno delle aree verdi fuori dal contesto cittadino, attraverso la conoscenza e la consapevolezza del proprio corpo e degli effetti positivi sul benessere fisico e psicologico che ne derivano.

Alla luce dei risultati rivenienti dallo studio di sorveglianza "PASSI" nella nostra regione, è stato evidenziato che a fronte di una percentuale di soggetti attivi pari al 36%, la restante popolazione è sedentaria o svolge saltuariamente attività fisica.

Tali parametri di sedentarietà non possono che essere oggetto di riflessione al fine di promuovere programmi regionali che favoriscano un sostanziale cambiamento dello stile di vita dei cittadini pugliesi.

I parchi della Regione Puglia rappresentano un'ideale spazio all'aria aperta da dedicare all' attività fisica in modo semplice e a basso costo e cogliere, contemporaneamente, l'occasione per far conoscere ed apprezzare le bellezze poliedriche del nostro territorio. Parallelamente il progetto si propone di rilanciare la cultura ecologica e il rispetto per l'ambiente.

Per l'attuazione del presente progetto il Servizio PATP è autorizzato ad impegnare la somma complessiva pari ad € 300.000,00 sul capitolo 741090 del bilancio 2014.

ALL. A)

REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito all'anno 2013/2014/2015

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore di AREA Dott. Vincenzo Pomo , in forza della deliberazione della Giunta Regionale n. 1092 del 16 maggio 2011.

E

Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietrelcina - con sede Legale in **San Giovanni Rotondo (Fg) viale Cappuccini** rappresentata legalmente dal Dr. **Domenico Crupi** vice Presidente – nato a Palizzi (Rc) il 05/02/1950 di seguito indicata come "Erogatore" il quale – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., – dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

Premesso:

- che il d.lgs. 502/92 e s.m.i. agli art. 8 –bis, 8 quater e 8 quinquies , disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
  a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater , nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies ;
  b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN –Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies,

Preso atto :

- che le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare" con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e la erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, considerato il limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF anno 2013;
- l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a, b, c, d, e, e bis, ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo , suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi, già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette

ALL. A)

strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza;

- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

SI STIPULA

Il presente **accordo** con validità per l' **anno 2013 e per gli anni 2014 e 2015 - periodo questo riferito al Piano Operativo** - è destinato a regolamentare l'erogazione, da parte dell'Erogatore, delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service, delle prestazioni ambulatoriali, oltre che alle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

1) Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

a) Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:

1.1.1. prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
1.1.2. prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
1.1.3. altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

b) Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma I quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriali a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali.

e) Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.

ALL. A)

f) Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito con le risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale .

Art. 3

Requisiti dei servizi

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4

Corrispettivo

Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale , entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k).

Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi , così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI :

Prestazioni di ricovero ordinario , DH , Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi **€ 203.680.000,00** di cui quanto a **€ 172.680.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia, gli stranieri (ENI e STP) e quanto a € **31.000.000,00** per i residenti in altre Regioni;

Le tariffe , con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013.

ALL. A)

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione.

B) **FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE** per **€ 33.500.000,00** annui per le funzione assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000.

C) **RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 13.000.000,00.** Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci.

Le prestazioni erogate nel periodo dell'anno 2013 antecedente alla sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel risorse assegnate .

ART. 5

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia,
2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL. sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVAR Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
5. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.
6. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando , per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 6

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei rispetto del modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

ALL. A)

b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.

c) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

d) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

e) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

f) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

g) Garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011 e D.G.R. 2863 del 20/12/2011 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati ,

h) Garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge , che non versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.

i) Di prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

j) Di assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protesica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.

k) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.

o) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo , compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**

p) Di essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto

ALL. A)

a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..

q) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.

r) Di garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall' erogatore , in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010.

b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.

c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011.

d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;

e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione all' Erogatore.

f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR;

g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "*confermato*" ovvero "*contestato*" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;

h) Per i ricoveri "*contestati*" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR – Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

i) Per i ricoveri "*contestati*" *qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante* ***non*** *accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed al GAFR , con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.*

j) *Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati*

k) eseguire i pagamenti in dodicesimi con candenza mensili anticipate nella misura del 90% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4 , e nella misura del 100% in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4 .

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1) l'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore,.
3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed i regime ambulatoriale.
4) Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR 1491 del 25/06/2010.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore D'AREA **DR. Vincenzo Pomo**	**il Legale Rappresentante della Struttura Erogante** **Dr. Domenico Crupi**
	Data 09/10/2013

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 8

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono

L'Erogatore

ALL. A)

REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito agli anni 2013/2014/2015

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore di AREA Dott. Vincenzo Pomo , in forza della deliberazione della Giunta Regionale n. 1092 del 16 maggio 2011.

E

Ente Ecclesiastico -Ospedale Francesco Miulli - con sede Legale della Società in Acquaviva delle Fonti - **Strada Provinciale 127 Acquaviva - Santeramo** rappresentata legalmente dal **Dr. Antonio Sanguedolce,** nato a Lecce il 27 Ottobre 1962 e dall' **Avv. Luca Alberto Clarizio** nato a Valenzano il 9 luglio 1959 – giusta procura speciale rilasciata dal notaio Francesco Paolo Petrera del Collegio di Bari, iscritta al numero di repertorio N. 30031 del 5/7/2013 di seguito indicata come "Erogatore" i quali – consapevoli delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., – dichiarano di non essere stati condannati con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

Premesso:

- che il d.lgs. 502/92 e s.m.i. agli art. 8 –bis, 8 quater e 8 quinquies , disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
  a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater , nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies ;
  b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN –Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies,

Preso atto :

- che le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare" con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e la erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, considerato il limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF anno 2013;
- l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a, b, c, d, e, e bis, ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo , suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei

ALL. A)

servizi, già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza;

- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

SI STIPULA

Il presente **accordo** con validità per l' **anno 2013 e per gli anni 2014 e 2015 - periodo questo riferito al Piano Operativo** - è destinato a regolamentare l'erogazione, da parte dell'Erogatore, delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service, delle prestazioni ambulatoriali, oltre che alle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

1) Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

a) Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:

1.1.1. prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
1.1.2. prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
1.1.3. altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

b) Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma I quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriali a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali.

e) Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.

ALL. A)

f) Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito con le risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale .

Art. 3

Requisiti dei servizi

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4

Corrispettivo

Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale , entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k).

Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi , così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI :

Prestazioni di ricovero ordinario , DH , Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi **€ 114.510.000,00** di cui quanto a **€ 108.510.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia, gli stranieri (ENI e STP) e quanto a **€ 6.000.000,00** per i residenti in altre Regioni;

Le tariffe , con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013.

ALL. A)

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione.

B) **FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE** per **€ 19.100.000,00**(*) annui per le funzione assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000. (*) Comprensivo delle risorse riferite alle attività inerenti la colonia Hanseniana pari ad € 4.200.000,00, su base annua suscettibile di rimodulazione a seguito della nuova convenzione.

C) **RENDICONTAZIONE FARMACI per € 5.000.000,00.** Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci.

Le prestazioni erogate nel periodo dell'anno 2013 antecedente alla sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel risorse assegnate .

ART. 5

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia,
2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL. sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVAR Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
5. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.
6. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando , per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 6

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

ALL. A)

a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei rispetto del modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.

c) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

d) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

e) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

f) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

g) Garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011 e D.G.R. 2863 del 20/12/2011 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati ,

h) Garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge , che non versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.

i) Di prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

j) Di assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protesica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.

k) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.

o) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo , compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La

ALL. A)

violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**

p) Di essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..

q) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.

r) Di garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall' erogatore , in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010.

b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.

c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011.

d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;

e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione all' Erogatore.

f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR;

g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "*confermato*" ovvero "*contestato*" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;

h) Per i ricoveri "*contestati*" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR – Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

i) Per i ricoveri "*contestati*" *qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante* ***non*** *accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed al GAFR , con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.*

j) *Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati*

k) eseguire i pagamenti in dodicesimi con candenza mensili anticipate nella misura del 90% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4 , e nella misura del 100% in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4 .

ALL. A)

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1) l'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore,.
3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed i regime ambulatoriale.
4) Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR 1491 del 25/06/2010.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore D'AREA **Dr. Vincenzo Pomo**	**il Legale Rappresentante della Struttura Erogante** **Dr. Antonio Sanguedolce** **Avv. Luca Alberto Clarizio**
	Data 09/10/2013

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 9

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono

L'Erogatore

ALL. A)

REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito agli anni 2013/2014/2015

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore di AREA Dott. Vincenzo Pomo , in forza della deliberazione della Giunta Regionale n. 1092 del 16 maggio 2011.

E

Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - con sede Legale in **Milano - via San Calimero 11**, rappresentata legalmente da Suor Margherita Bramato - Direttore Generale – nata a Tricase (Le) il 18/06/1950 di seguito indicata come "Erogatore" il quale – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., – dichiara di non essere stata condannata con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

Premesso:

- che il d.lgs. 502/92 e s.m.i. agli art. 8 –bis, 8 quater e 8 quinquies , disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
  a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater , nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies ;
  b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN –Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies,

Preso atto :

- che le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare" con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e la erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, considerato il limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF anno 2013;
- l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a, b, c, d, e, e bis, ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo , suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi, già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette

ALL. A)

strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza;

- le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

SI STIPULA

Il presente **accordo** con validità per l' **anno 2013 e per gli anni 2014 e 2015 - periodo questo riferito al Piano Operativo** - è destinato a regolamentare l'erogazione, da parte dell'Erogatore, delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service, delle prestazioni ambulatoriali, oltre che alle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

1) Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

a) Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:

1.1.1. prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
1.1.2. prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
1.1.3. altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

b) Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma I quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriali a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali.

e) Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.

ALL. A)

f) Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito con le risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale .

Art. 3

Requisiti dei servizi

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4

Corrispettivo

Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale , entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k).

Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi , così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI :

Prestazioni di ricovero ordinario , DH , Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi **€ 77.800.000,00** di cui quanto a **€ 76.600.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia, gli stranieri (ENI e STP) e quanto a **€ 1.200.000,00** per i residenti in altre Regioni;

Le tariffe , con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013.

ALL. A)

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione.

B) **FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE** per **€ 9.410.000,00** annui per le funzione assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000.

C) **RENDICONTAZIONE FARMACI per € 7.000.000,00** . Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci.

Le prestazioni erogate nel periodo dell'anno 2013 antecedente alla sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel risorse assegnate .

ART. 5

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia,
2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL. sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVAR Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
5. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.
6. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando , per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 6

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei rispetto del modello organizzativo di cui al R.R. n. 36/2012.

ALL. A)

b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.

c) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

d) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

e) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

f) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

g) Garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011 e D.G.R. 2863 del 20/12/2011 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati ,

h) Garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge , che non versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.

i) Di prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

j) Di assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protesica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.

k) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.

o) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo , compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**

p) Di essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto

ALL. A)

a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..

q) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.

r) Di garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall' erogatore , in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010.

b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.

c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011.

d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;

e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione all' Erogatore.

f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR;

g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura *"confermato"* ovvero *"contestato"* con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;

h) Per i ricoveri *"contestati"* qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR – Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.

i) Per i ricoveri *"contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante* ***non*** *accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed al GAFR , con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.*

j) *Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati*

k) eseguire i pagamenti in dodicesimi con candenza mensili anticipate nella misura del 90% del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4 , e nella misura del 100% in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4 .

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1) l'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore,.
3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed i regime ambulatoriale.
4) Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR 1491 del 25/06/2010.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

Il Direttore D'AREA **Dr. Vincenzo Pomo**	**il Legale Rappresentante della Struttura Erogante** **Suor Margherita Bramato**
	Data 09/10/2013

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 9

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono

L'Erogatore

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari
Tel. 080 540 6316 / 6372 / 6317 - Fax 080 540 6379
Sito internet: http://www.regione.puglia.it
e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

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

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