2015.02.
11
11:31:53
+01'00'

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA

ANNO XLVI | BARI, 11 FEBBRAIO 2015 | n. 21

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 2014, n. 2811
Istituzione della Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica e approvazione documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le Malattie Reumatiche".
Pag. 4775

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2813
DGR n. 3010/2012. Programma regionale "Kilometri in salute" ASL BR, FG, LE e TA. Proroga dei termini dell'attività progettuale.
Pag. 4788

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2814
DGR n.2374/2012. Programma regionale "Movimento in salute". Proroga dei termini dell'attività progettuale ASL BA.
Pag. 4790

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2815
Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia - D.G.R. n. 1566 del 05/8/2013 relativa alla convenzione aggiuntiva al protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari - Risoluzione di diritto della convenzione - Presa d'atto e ridestinazione del relativo finanziamento.
Pag. 4791

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2816
Società in house InnovaPuglia SpA. Adempimenti ai sensi della L.R. n. 26/2013, art. 25 e DGR n. 812/2014. Operazioni rilevanti. DGR n. 2691 del 16 dicembre 2014 - Pubblicazione "Piano Industriale - Attività 2015-2017" di InnovaPuglia Spa".
Pag. 4793

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2823
Bollenti Spiriti, programma della Regione Puglia per le Politiche Giovanili 2014-2015" - Azione 2 "UNA NUOVA AZIONE PER METTERE I GIOVANI AL SERVIZIO DEL BENE COMUNE". Iniziative di promozione del Servizio Civile Regionale.
Pag. 4909

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2824
Contrasto agli illeciti a danno del patrimonio forestale regionale. Convenzione con il Corpo Forestale dello Stato. Anno 2014/2015. Approvazione.
Pag. 4911

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2826
Art.12 L.R. 30/12/2013, n.49. Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2014 per progetti di ricerca ex art. 12, c. 2, lett. b) del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Quote a destinazione vincolata.
Pag. 4924

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2827
Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 912 del 25/03/2010. Istituzione e funzionamento del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi - Programma di attività 2014-2016.
Pag. 4926

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2828
Autorizzazione alla ASL BT per l'intesa con la Congregazione delle Suore Piccole Operaie del Sacro Cuore per l'accordo contrattuale integrativo per Villa Dragonetti in Trani (BT), per il mantenimento dell'offerta di posti letto in RSSA ex art. 66 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. nella ASL BT.
Pag. 4933

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2830
Conclusione del procedimento di verifica di metà mandato dell'attività del Direttore Generale dell'ASL FG, avviato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2042 del 7/11/2013.
Pag. 4935

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2831
Determinazioni in materia di prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita.
Pag. 4941

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2832
Recepimento Intesa Stato Regione "Intesa sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 del 13.11.2014" rep. Atti 156/CSR. Approvazione documento Programmatico Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.
Pag. 4945

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2833
Appropriatezza Prescrittiva della Terapia Antiaggregante - Anticoagulante nel paziente non Ospedalizzato sottoposto a Procedura Odontoiatriche.
Pag. 5042

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2834
Riconoscimento dei Centri utilizzatori ai fini della prescrizione del medicinale per il trattamento dell'HCV (epatite C cronica) a carico del SSN Sovaldi (SOFOSBUVIR).
Pag. 5060

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2835
Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva degli Inibitori di Pompa Protonica. Revoca DGR 2376/2009.
Pag. 5063

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2811

Istituzione della Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica e approvazione documento "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le Malattie Reumatiche".

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile della A.P "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", confermata dal Dirigente dell'Ufficio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e dal Dirigente del Servizio P.A.O.S.A., riferisce quanto segue:

Le malattie reumatiche colpiscono almeno il 10% della popolazione generale e costituiscono la seconda causa più frequente di disabilità dopo le malattie cardiovascolari. Sono comprese condizioni molto frequenti, alcune delle quali genericamente definite degenerative, quali artrosi, spondilosi, osteoporosi e reumatismi extra-articolari localizzati, la sindrome fibromialgica (2% della popolazione generale, soprattutto donne), le Artropatie da deposizione di cristalli (Gotta, Artropatia da deposizione di cristalli di pirofosfato di calcio) (1% della popolazione generale) e condizioni, meno frequenti, che nel loro complesso colpiscono il 3% della popolazione generale in età produttiva (giovane adulta) e che sono sostenute da processi infiammatori ad andamento cronico-evolutivo a genesi infettiva (Malattia Reumatica, Artriti Reattive) o immunoflogistica (Spondilartriti, Artrite Psoriasica, Artriti Enteropatiche) o, più propriamente, autoimmune a prevalente espressione articolare (Artrite Reumatoide, Artriti Giovanili Idiopatiche) o sistemica (Malattie Autoimmuni Sistemiche altrimenti note come Connettiviti e Vasculiti).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa, sottolineando come queste, da sole, rappresentino la metà delle patologie croniche ad alto potenziale di disabilità ed handicap che colpiscono la popolazione di età superiore ai 65 anni: nel mondo, sono centinaia di milioni gli individui che ne soffrono.

Lo Specialista in Reumatologia, nato come Specialista Medico delle Malattie dell'Apparato Locomotore, è oggi chiamato, in ogni parte del mondo, ad assistere pazienti con

a) malattie mediche confinate all'apparato locomotore stesso;
b) malattie a prevalente espressione articolare, ma complicate da manifestazioni a carico di altri organi ed apparati e da un aumento della morbilità e della mortalità cardiovascolare;
c) malattie autoimmuni sistemiche, in cui un impegno articolare non è sempre presente, ma costituisce spesso la manifestazione d'esordio. Questa realtà da tempo nota in ambiente medico europeo, è stata recentemente recepita dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato che ha pianificato l'immissione delle Malattie Reumatiche nel Piano sanitario Nazionale 2011-13.

Il fabbisogno di Specialisti in Reumatologia è stato valutato in più occasioni nel Regno Unito. Nel 1995, la British Society for Rheumatology stimò che fosse necessario un Consultant Rheumatologist a tempo pieno (10 sedute ambulatoriali/settimana o attività equivalente) per 85000 abitanti, partendo dal presupposto che ciascun paziente con malattie dell'apparato locomotore che avesse bisogno di un consulto specialistico fosse visitato da un Reumatologo.

Consuetudini consolidate negli anni non hanno permesso che in Italia, cosi come avviene in altri paesi della Comunità Europea, il Reumatologo sia considerato come lo Specialista di riferimento per le malattie mediche dell'apparato locomotore mentre lo è diventato, fatta eccezione per singole realtà sparse sul territorio nazionale, per le malattie autoimmuni sistemiche. In Italia, infatti, sono chiamati a visitare e curare pazienti di malattie dell'apparato locomotore Specialisti diversi quali Chirurghi Ortopedici, Fisiatri e, in ambienti extra-istituzionali, perfino Osteopati e "Specialisti" di altra estrazione. Questa condizione si traduce, cosi come emerso

dall'indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, in un estremo ritardo fra l'esordio dei sintomi e la consultazione di uno Specialista in Reumatologia, ed è ulteriormente complicata dalla distribuzione non uniforme delle Strutture Reumatologiche in Italia, con conseguente:

1) mancanza o deficienza di strutture in alcune aree del territorio nazionale;
2) migrazione sanitaria ed intasamento delle liste d'attesa dei Centri di Riferimento (cosiddetto effetto lago: strutture eccellenti con eccesso di afflusso, che, ricevendo troppi pazienti dall'esterno non riescono a fornire in tempi adeguati il servizio sul territorio di riferimento).

Nella maggioranza dei Paesi europei si stanno sperimentando strategie di riforma dei sistemi sanitari.

Pur nello sforzo di contemperare esigenze di equità nel soddisfacimento dei bisogni sanitari fondamentali della collettività, con esigenze legate alla disponibilità complessiva e al corretto utilizzo delle risorse, per lo più l'orientamento dominante, anche in Italia, va verso un ripensamento con una sostanziale riduzione del ruolo del sistema di welfare pubblico.

Di fatto, questo approccio implica una impostazione rigida, ingessata dalla difficoltà di collegare la distribuzione, l'articolazione e l'organizzazione dei servizi ai bisogni che la popolazione esprime e che sono, in realtà, diversi nelle diverse articolazioni territoriali che compongono le regioni stesse.

Si finisce così con il conservare, se non acuire, lo squilibrio tra risorse e bisogni, impostando una relazione servizio- domanda, anziché domanda-servizio. Ciò crea un sistema iniquo in quanto diretto a garantire le stesse risorse a fronte di differenti condizioni di bisogno.

Il Territorio è il livello ottimale dove costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali, per assicurare ad ogni persona che vive e lavora in Italia uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni, a prescindere dal luogo di residenza. Il Territorio è la sede dove realizzare il Distretto integrato, snodo cruciale della salute e struttura in cui devono realizzarsi le Cure Primarie del cittadino.

In un'ottica di approccio integrato alla assistenza di pazienti cronici, fragili socialmente e tendenti alla disabilità, non si può dimenticare che in recenti studi/esperienze internazionali sono ormai considerati come attori indispensabili delle cosiddette Chronic Care disease Management Units (rete di unità di assistenza ai malati cronici) le Community Resources e i Medici di Famiglia. Nelle prime sono comprese le associazioni degli ammalati e le associazioni di volontariato la cui collaborazione coordinata è ormai una realtà nelle nazioni in cui l'e-Health non è più un sogno; fra i secondi, almeno in una fase pilota, sono da inserire tutti i professionisti pienamente "informatizzati" che possano collaborare alla indispensabile attività di monitoraggio del territorio e delle famiglie da loro assistite per individuare in tempo utile l'insorgenza di malattie da avviare alla attenzione dello specialista.

La disomogeneità cronica della assistenza reumatologica in Italia e la conseguente migrazione sanitaria determinano in ogni caso, sia nelle regioni (o ASL) colpite dalla mobilità passiva, sia in quelle che devono affrontare il fenomeno della mobilità attiva un ritardo cronico nella erogazione delle prestazioni specialistiche.

Il ritardo nella erogazione della prestazione specialistica reumatologica ha conseguenze di varia entità per i pazienti:

- piccole e temporanee, per i pazienti con reumatismi extra-articolari localizzati o con artrosi secondaria; maggiori per i pazienti con artrosi primaria, per quelli con sindrome fibromialgica (malattia per la quale il Ministero della Salute ha identificato il Reumatologo quale Specialista di riferimento);
- serie per l'1% della popolazione affetta da Artropatie da cristalli;
- gravissime sia sul piano della salute sia su quello dei costi per il singolo e la Società per quel 3% della popolazione generale affetto da Artrite Reumatoide, Spondilite Anchilosante, altre Spondilartriti, Artrite Psoriasica, Malattie Autoimmuni Sistemiche. Per questi pazienti, infatti, il ritardo diagnostico e terapeutico si traduce nella perdita della cosiddetta "finestra di opportunità", che è l'intervallo di tempo a partire dall'esordio della malattia nel corso del quale è possibile ottenere la remissione di malattia, obiettivo raggiungibile in molti casi, in questa fase, con i soli farmaci modificanti il decorso della malattia tradizionali (i DMARDs) senza ricorrere ai farmaci prodotti con

tecniche di biologia molecolare, dai costi ben più alti.

In tale scenario, in nessuna delle Regioni Italiane si realizza la situazione ideale prospettata dalla British Society for Rheumatology, né si assicura che l'assistenza a questi pazienti non venga effettuata in maniera occasionale e non coordinata da specialisti diversi. Esistono dati scientifici che dimostrano come la gestione della cronicità reumatologica sistemica non effettuata dal reumatologo comporti un peggioramento sensibile degli outcomes della terapia con conseguenze gravi (nel caso dell'artrite reumatoide, abbandono del lavoro nel 22% a 5 anni; disabilità nel 5% a 10 anni; riduzione dell'aspettativa di vita per complicanze cardiovascolari).

Lo stesso ritardo determina, peraltro, una sostanziale inappropriatezza dell'iter diagnostico e terapeutico in molti casi, con conseguente aumento della spesa sanitaria.

In questa situazione occorre intervenire aggiornando il modello organizzativo per la gestione più appropriata della cronicità reumatologica sistemica di quel 3% della popolazione pugliese (almeno 135000 pazienti).

L'individuazione di 10-15 nodi di una rete assistenziale specialistica può fornire una risposta "normalizzatrice", nell'auspicio che, risolta la fase della acuta carenza di offerta organica al problema sociale delle malattie reumatiche ad alto rischio di evoluzione invalidante, si possa, in seguito, completare la rete assistenziale (avendo l'obiettivo di una "densità" ottimale di 1 specialista territoriale ogni 100000 abitanti) mediante una distribuzione più capillare di ambulatori dedicati allo screening di primo livello delle patologie più comuni, sicuramente meno gravi delle forme sistemiche, ma che contribuiscono in maniera non trascurabile all'affollamento dei centri di primo intervento e di pronto soccorso, costituendo una parte importante della massa di soggetti portatori di domanda di salute insoddisfatta.

A tal riguardo, si rende necessario realizzare una Rete dei Centri di Assistenza Reumatologica distribuiti su tutto il territorio regionale, al fine di definire un percorso di prevenzione affiancato ad un percorso diagnostico-assistenziale appropriato per il paziente affetto da malattie reumatiche sul modello del tipo Hub & Spoke.

In linea con quanto definito nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 di cui alla legge regionale 19 settembre 2008 n. 23 il modello Hub & Spoke consente la definizione di una rete che consente una reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all'assistito:

- l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura o il professionista del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;
- l'unitarietà del progetto assistenziale tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia che lo affligge, ma viene umanizzato attraverso il recupero di una sua visione olistica;
- 'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Il modello di cui sopra sarà organizzato nel seguente modo:

1. N. 1 Centro Hub della Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica con compiti di Centro di Riferimento Regionale;
2. Centri Spoke della predetta Rete che potranno essere individuati tra:
   - Unità Operative di ricovero in regime ordinario o di day hospital;
   - Servizi ambulatoriali

Sulla scorta dell'esperienza e della professionalità, nonché dei volumi di attività si propone di individuare quale Centro di Riferimento Regionale della Rete dei Centri di Assistenza Reumatologica con funzioni di Hub il centro di Assistenza Reumatologica e di Terapie Innovative dell'Unità Operativa di Reumatologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale "Policlinico" di Bari.

Si propone, inoltre, che il Centro di Riferimento Regionale abbia i seguenti compiti:

- coordinamento delle attività di tutti i Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
- predisposizione di protocolli operativi per l'adozione delle linee guida;

- raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
- raccolta dei dati relativi al consumo dei farmaci di fondo per il trattamento delle poliartriti con speciale attenzione alle terapie biotecnologiche ad alto costo;
- monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
- monitoraggio e raccolta dati sulla diagnosi, gestione e cura delle artriti idiopatiche giovanili, anche mediante sviluppo di collaborazioni con i reumatologi pediatri pugliesi con l'intento di ridurre la mobilità passiva a fronte di una corretta ed efficace presa in carico dei piccoli pazienti;
- monitoraggio della Rete regionale con possibilità di proporre all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento l'inserimento nella predetta Rete di nuovi Centri di Assistenza Reumatologica individuati in base ai seguenti criteri di valutazione:
  - in caso di Unità Operative di ricovero in regime ordinario o di day hospital, presenza di posti letto dedicati alla Reumatologia ai sensi del R.R. n.36/2012 e s.m.i;
  - caso di Ambulatori di reumatologia, presenza di formali atti autorizzativi da parte del Direttore generale della ASL, Azienda Ospedaliera, IRCCS, Ente Ecclesiastico;
  - possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi individuati con la DGR n. 255/2009;
  - presenza dello specialista reumatologo per almeno 20 ore settimanali;
  - qualità dell'assistenza sanitaria nei diversi aspetti, organizzativo-manageriale, tecnico-professionale e relazionale, coinvolgendone i principali attori: il medico specialista responsabile, il personale sanitario, il paziente;
  - appropriatezza prescrittiva;
  - volumi di attività;
  - epidemiologia;
  - conformazione orografica del territorio;
  - densità di popolazione.

Inoltre, con il presente provvedimento si propone di individuare i Centri Spoke della Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica.

Al fine di quanto innanzi ed anche al fine di elaborare un documento sul Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i pazienti affetti da malattie reumatiche, su indicazione dell'Assessore al Welfare, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale sulle Patologie Reumatiche coordinato dall'Agenzia Regionale Sanitaria (Ares Puglia), al quale hanno preso parte l'APMAR Onlus (Associazione Persone con Malattie Reumatiche), i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS), con la collaborazione del Direttore Centro di Assistenza Reumatologica e di Terapie Innovative dell'U.O. di Reumatologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari.

Il predetto gruppo di lavoro, sotto la supervisione dell'AReS Puglia presso la quale è presente la relativa documentazione, ha effettuato una ricognizione dei Centri presenti sul territorio regionale in possesso dei requisiti innanzi riportati che possono essere individuati come Centri di Assistenza a far parte della Rete Reumatologica. L'AReS Puglia ha formalmente trasmesso la ricognizione dei Centri in possesso dei requisiti che possono entrare a far parte della Rete regionale.

Pertanto, con il presente provvedimento si propone di individuare la Rete dei Centri di Cura per le Malattie Reumatiche composta da:

CENTRO HUB DELLA RETE DI ASSISTENZA REUMATOLOGICA E CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE
Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale "Policlinico" di Bari

Centro di Assistenza Reumatologica e di Terapie Innovative dell'Unità Operativa di Reumatologia Universitaria Bari, Piazza Giulio Cesare, 11 - Pad. Virgilio Chini - Tel. N. 0805592592 - FAX 05478802

N. telefonico dedicato all'ambulatorio per artriti di recente insorgenza (riservato ai MMG): 3348279790

CENTRI SPOKE DELLA RETE DI ASSISTENZA REUMATOLOGICA

ASL FG
Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia
Struttura Complessa Reumatologia Universitaria

Foggia, V.le Luigi Pinto, 1 - Tel. 0881733169 e 08811733170 - fax. 08811733164

Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia

Struttura Semplice Dipartimentale Reumatologia Ospedaliera Foggia, V.le Luigi Pinto 1 - Tel. 08811736377 - FAX 08811736360

ASL BT

DSS4 Barletta - DSS1 Margherita di Savoia

Servizio di Reumatologia

D.S.S. n.4 BARLETTA - Piazza P. Umberto I, n.1 - Telefono e FAX 0883577206

D.S.S. n.1 MARGHERITA DI SAVOIA - Via Vanvitelli n.2 - Tel./FAX 0883577487

ASL BR

U.O. Geriatria Ospedale Perrino di Brindisi

Ambulatorio di Reumatologia

U.O. di Geriatria Ospedale "Perrino Di-Summa" BRINDISI - Tel. 0831 537379 - 537383

U.O. Pediatria Ospedale Perrino di Brindisi

Ambulatorio di Reumatologia

U.O. di Pediatria Ospedale "Perrino Di-Summa" BRINDISI - Tel. 0831 537470

ASL TA

U.O. Medicina-Lungodegenza Ospedale di Martina Franca

Ambulatorio di Reumatologia

Presidio Ospedaliero "Valle d'Itria" - Piazza S. Francesco da Paola, 1 Tel. 0804835275

Ospedale SS.Annunziata di Taranto

Ambulatorio di Reumatologia

Taranto, Padiglione Vinci - Via Bruno - Tel. 0994585526

ASL LE

U.O. di Reumatologia Ospedale Vito Fazzi

Polo riabilitativo "A. GALATEO" Ospedale V.Fazzi

San Cesario Di Lecce (LE), Via Croce Di Lecce - Tel. 0832215084, 0832 215436 - FAX 0832215442

Poliambulatorio Territoriale ASL LE

Ambulatorio di Reumatologia

ASL LECCE - DSS CASARANO

Casarano (LE) Via Spagna, 51/b - TEL. 0833508553 - FAX 0833512908

Poliambulatorio c/o ex Ospedale di Maglie ASL LE

Ambulatorio di Reumatologia

Maglie, Ospedale di Maglie via N. Ferramosca - Tel./FAX 0836420263

Poiché presso alcune ASL è in corso l'attivazione di Centri per l'assistenza reumatologica, nello specifico un Centro all'Ospedale S. Paolo di Bari, un Centro all'Ospedale Di Venere di Bari, uno all'Ospedale Perrino di Brindisi ed uno all'Ospedale Ente Ecclesiastico "Cardinale Panico" di Tricase, si dà mandato al Centro di Riferimento regionale per la Rete di Assistenza Reumatologica, dopo sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, di proporre all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento l'aggiornamento della Rete di cui al presente provvedimento con l'inserimento di nuovi Centri in possesso dei requisiti innanzi individuati.

Il Gruppo di lavoro di cui sopra, inoltre, ha proceduto alla elaborazione di un documento, del quale con il presente provvedimento si propone l'approvazione e che costituisce l'allegato A a farne parte integrante e sostanziale, ad oggetto "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le Malattie Reumatiche" per la presa in carico dei pazienti affetti dalle predette malattie, ove è previsto un percorso per la diagnosi precoce, per il trattamento e follow- up con DMARDs non biologici e per il trattamento e follow-up con farmaci biologici, unitamente alle metodologie clinimetriche di valutazione dei risultati per una efficace governance della malattia.

Inoltre, si propone che il competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato al Welfare, tenuto conto dei Centri di Assistenza Reumatologica riconosciuti a far parte della Rete regionale di cui al presente provvedimento e di cui ai successivi aggiornamenti, proceda alla conferma/aggiornamento/revoca dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei farmaci biologici anti TNF α per la terapia dell'artrite reumatoide.

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

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

Il presente schema di provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Responsabile della A.P "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie", dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

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

- Di istituire la Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica composta da un Centro Hub con compiti di Centro di Riferimento Regionale e da Centri Spoke da individuarsi tra:
  - Unità Operative di ricovero in regime ordinario o di day hospital;
  - Servizi ambulatoriali;

- di individuare quale Centro di Riferimento Regionale della Rete dei Centri di Assistenza Reumatologica con funzioni di Hub il centro di Assistenza Reumatologica e di Terapie Innovative dell'Unità Operativa di Reumatologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale "Policlinico" di Bari;

- di stabilire che il Centro di Riferimento Regionale abbia i seguenti compiti:
  - coordinamento delle attività di tutti i Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
  - predisposizione di protocolli operativi per l'adozione delle linee guida;
  - raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
  - raccolta dei dati relativi al consumo dei farmaci di fondo per il trattamento delle poliartriti con speciale attenzione alle terapie biotecnologiche ad alto costo;
  - monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
  - monitoraggio e raccolta dati sulla diagnosi, gestione e cura delle artriti idiopatiche giovanili, anche mediante sviluppo di collaborazioni con i reumatologi pediatri pugliesi con l'intento di ridurre la mobilità passiva a fronte di una corretta ed efficace presa in carico dei piccoli pazienti;
  - monitoraggio della Rete regionale con possibilità di proporre all'Assessorato al Welfare l'inserimento nella predetta Rete di nuovi Centri di Assistenza Reumatologica individuati in base ai seguenti criteri di valutazione:
    - in caso di Unità Operative di ricovero in regime ordinario o di day hospital, presenza di posti letto dedicati alla Reumatologia ai sensi del R.R. n.36/2012 e s.m.i;
    - in caso di Ambulatori di reumatologia, presenza di formali atti autorizzativi da parte del Direttore generale della ASL, Azienda Ospedaliera, IRCCS, Ente Ecclesiastico;
    - possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi individuati con la DGR n. 255/2009;

- presenza dello specialista reumatologo per almeno 20 ore settimanali;
- qualità dell'assistenza sanitaria nei diversi aspetti, organizzativo-manageriale, tecnico-professionale e relazionale, coinvolgendone i principali attori: il medico specialista responsabile, il personale sanitario, il paziente;
- appropriatezza prescrittiva;
- volumi di attività;
- epidemiologia;
- conformazione orografica del territorio;
- densità di popolazione;

- di individuare la Rete dei Centri di Cura per le Malattie Reumatiche composta da:

CENTRO HUB DELLA RETE DI ASSISTENZA REUMATOLOGICA E CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale "Policlinico" di Bari

Centro di Assistenza Reumatologica e di Terapie Innovative dell'Unità Operativa di Reumatologia Universitaria

Bari, Piazza Giulio Cesare, 11 - Pad. Virgilio Chini - Tel. N. 0805592592 - FAX 05478802

N. telefonico dedicato all'ambulatorio per artriti di recente insorgenza (riservato ai MMG): 3348279790

CENTRI SPOKE DELLA RETE DI ASSISTENZA REUMATOLOGICA

ASL FG

Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia

Struttura Complessa Reumatologia Universitaria

Foggia, V.le Luigi Pinto, 1 - Tel. 0881733169 e 08811733170 - fax. 08811733164

Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia

Struttura Semplice Dipartimentale Reumatologia Ospedaliera Foggia, V.le Luigi Pinto 1 - Tel. 08811736377 - FAX 08811736360

ASL BT

DSS4 Barletta - DSS1 Margherita di Savoia

Servizio di Reumatologia

D.S.S. n. 4 BARLETTA - Piazza P. Umberto I, n. 1 - Telefono e FAX 0883577206

D.S.S. n.1 MARGHERITA DI SAVOIA - Via Vanvitelli n.2 - Tel./FAX 0883577487

ASL BR

U.O. Geriatria Ospedale Perrino di Brindisi

Ambulatorio di Reumatologia

U.O. di Geriatria Ospedale "Perrino Di-Summa" BRINDISI - Tel. 0831 537379 - 537383

U.O. Pediatria Ospedale Perrino di Brindisi

Ambulatorio di Reumatologia

U.O. di Pediatria Ospedale "Perrino Di-Summa" BRINDISI - Tel. 0831 537470

ASL TA

U.O. Medicina-Lungodegenza Ospedale di Martina Franca

Ambulatorio di Reumatologia

Presidio Ospedaliero "Valle d'Itria" - Piazza S. Francesco da Paola, 1 Tel. 0804835275

Ospedale SS.Annunziata di Taranto

Ambulatorio di Reumatologia

Taranto, Padiglione Vinci - Via Bruno - Tel. 0994585526

ASL LE

U.O. di Reumatologia Ospedale Vito Fazzi

Polo riabilitativo "A. GALATEO" Ospedale V.Fazzi

San Cesario Di Lecce (LE), Via Croce Di Lecce - Tel. 0832215084, 0832 215436 - FAX 0832215442

Poliambulatorio Territoriale ASL LE

Ambulatorio di Reumatologia

ASL LECCE - DSS CASARANO

Casarano (LE) Via Spagna, 51/b - TEL. 0833508553 - FAX 0833512908

Poliambulatorio c/o ex Ospedale di Maglie

ASL LE

Ambulatorio di Reumatologia

Maglie, Ospedale di Maglie via N. Ferramosca - Tel./FAX 0836420263

- di stabilire, in considerazione che presso alcune ASL è in corso l'attivazione di Centri per l'assistenza reumatologica, nello specifico un Centro all'Ospedale S. Paolo di Bari, un Centro all'Ospe-

dale Di Venere di Bari, uno all'Ospedale Perrino di Brindisi ed uno all'Ospedale Ente Ecclesiastico "Cardinale Panico" di Tricase, che il Centro di Riferimento regionale per la Rete di Assistenza Reumatologica, dopo sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, proponga all'Assessorato al Welfare - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento l'aggiornamento della Rete di cui al presente provvedimento con l'inserimento di nuovi Centri in possesso dei requisiti innanzi individuati;

- di approvare il Documento di cui all'allegato A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale ad oggetto "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le Malattie Reumatiche" per la presa in carico dei pazienti affetti dalle predette malattie;

- di stabilire che il competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato al Welfare, tenuto conto dei Centri di Assistenza Reumatologica riconosciuti a far parte della Rete regionale di cui al presente provvedimento e di cui ai successivi aggiornamenti, proceda alla conferma/aggiornamento/revoca dei Centri regionali autorizzati alla prescrizione dei farmaci biologici anti TNF α per la terapia dell'artrite reumatoide;

- di notificare, a cura del servizio proponente, il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, agli Enti Ecclesiastici, al Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato al Welfare;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Portale regionale della Salute www.sanita.puglia.it;

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

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

Allegato A

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE MALATTIE REUMATICHE

Le malattie reumatiche sono malattie a decorso cronico, a carattere infiammatorio e degenerativo, ad eziologia ignota, che possono interessare non solo l'apparato muscolo-scheletrico ma anche vari organi ed apparati assumendo un carattere sistemico. Prediligono le donne in misura oltre 3 volte superiore agli uomini. Innumerevoli studi avvalorano l'ipotesi di una predisposizione genetica del sistema immunitario (HLA) che, se stimolato da fattori ambientali, potrebbe innescare una reazione infiammatoria anomala, rivolta verso strutture biologiche dello stesso organismo (autoimmunità), con la caratteristica autoperpetuazione del fenomeno che si tradurrebbe in una persistente condizione infiammatoria cronica articolare e sistemica responsabile della progressiva disabilità e riduzione della aspettativa di vita. Il danno anatomico articolare si instaura precocemente fin dall'esordio della malattia e alla invalidità si giunge, in una elevata percentuale di casi, dopo lunghi periodi di sofferenza, con persistente dolore e tumefazione di molteplici articolazioni. La disabilità ed i costi totali sono direttamente proporzionali allo stadio di progressione delle malattie reumatiche: più avanzato è lo stadio e maggiori sono la disabilità ed i costi.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) indica le malattie reumatiche come prima causa di dolore e disabilità in Europa. Da sole rappresentano infatti la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni.

E' ormai accertato che una diagnosi precoce ed un tempestivo trattamento possono modificare l'evoluzione della malattia, migliorandone la prognosi e la qualità di vita. Questo si traduce in un abbattimento dei costi indiretti legati alle complicanze ed alla disabilità. Una buona risposta clinica riduce anche la richiesta di terapia e pertanto vengono ridotti anche i costi diretti, come è stato in particolare evidenziato per l'artrite reumatoide. Diventa quindi imperativo anche da un punto di vista etico adottare tutte le strategie che consentano una diagnosi e un trattamento il più precoce possibile.

Per le più gravi malattie reumatiche, come Artrite Reumatoide, Artrite Idiopatica Giovanile, Spondilite Anchilosante, Connettiviti, Vasculiti e Sindromi Autoinfiammatorie, l'adozione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (POTA) che consenta precocità ed equità di accesso alle prestazioni ed appropriatezza di trattamento rappresenta l'arma vincente per sconfiggere le malattie reumatiche.

Compito della "Rete Reumatologica" è quello di prendere in carico il paziente attraverso l'adozione di uno specifico percorso diagnostico terapeutico ed assisterlo nelle sue varie fasi con la collaborazione del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS)e di altre figure specialistiche.

I centri di riferimento della rete selezionati, sono quelli che rispondono ai criteri minimi di attivazione, richiesti dal "Percorso diagnostico terapeutico per la cura dell'artrite reumatoide" di cui alla DGR n.255 del 3 marzo 2009, ovvero devono presentare tutti i Requisiti Strutturali (conformi al Regolamento Regionale n.3 del 13.01.2005), Tecnologici [Presidi tecnici (Pompa infusionale), Farmaci (antistaminici, adrenalina, cortisonici e farmaci anti-H2), KIT di primo soccorso, carrello di Emergenze (fornito di materiale per ventilazione compreso AMBU e materiale per intubazione)] e Organizzativi (Medico specialista in Reumatologia e per i soli centri pediatrici medico specialista in Pediatria e Reumatologia o Pediatra con Master abilitante in Reumatologia Pediatrica, uno o più infermieri dedicati, Servizio di anestesia e rianimazione con personale attivo o reperibile negli orari di ambulatorio con pronta disponibilità, ove ve ne fosse necessità, ovvero postazione di 118 medicalizzata, nei tempi e nei termini di legge previsti per la reperibilità ospedaliera.

Il PDTA si compone di 3 fasi:

1. Accesso e diagnosi
2. Trattamento e Follow-up con DMARDs non biologici (Disease Modifying Antirheumatic Drugs)
3. Trattamento e follow-up con farmaci biologici

Allegato A

FASE 1. ACCESSO E DIAGNOSI

Una diagnosi precoce ed un tempestivo trattamento possono modificare l'evoluzione della malattia, migliorandone lo prognosi* e *lo qualità di vita.

Il sospetto diagnostico che innesca la presa in carico del paziente da parte dei centri specialistici, può originare da una anamnesi positiva per i segni e sintomi clinici di riferimento per le reumopatie c.d. "Red Flags".

Dolore e tumefazione, da almeno 6 settimane ma inferiore a 6 mesi, di una o più articolazioni delle mani o dei piedi, dei polsi o di grandi articolazioni associati a prolungata rigidità mattutina, sono i sintomi d'esordio di una possibile artrite reumatoide o una artrite idiopatica giovanile.

Mal di schiena (c.d. lombalgia infiammatoria), da almeno 3 mesi, prevalentemente notturno o con rigidità al risveglio mattutino è, invece, il sintomo di una possibile spondilite anchilosante, più frequente negli uomini con meno di 45 anni accompagnato o meno da manifestazioni extraarticolari (uveite, psoriasi, M. di Crohn o Rettocolite ulcerosa).

Alterazione della sensibilità al freddo e pallore delle dita delle mani e dei piedi, infine, sono i segni di esordio di una possibile connettivite o vasculite.

Il MMG o il PLS che individua nel suo assistito i sintomi sospetti di esordio di una artrite cronica, una spondilite anchilosante, una connettivite o una vasculite, prescrive una visita reumatologica su ricettario del SSN apponendo come quesito diagnostico "sospetto di artrite all'esordio" e consegna all'assistito la **scheda di accompagnamento** (allegato 1) che l'assistito dovrà consegnare al Centro di Reumatologia. Unitamente alla scheda di accompagnamento il MMG o il PLS prescrive anche **gli esami diagnostici di I livello** riportati di seguito. Nel caso di "prima diagnosi di artrite di recente insorgenza", il MMG o il PLS dovrà compilare la ricetta del SSN biffando il cod. B. Nel caso di "prima diagnosi di artrite già stabilizzata", il MMG o il PLS dovrà compilare la ricetta del SSN biffando il cod. D. Per agevolare la fruizione di dette prestazioni presso il Centro scelto, l'assistito dovrà contattare telefonicamente il Centro al fine della prenotazione della visita reumatologica (il MMG o il PLS, liberamente e senza vincolo, potrà per conto dell'assistito contattare il Centro al fine della prenotazione della visita reumatologica).

Il paziente entro 10 giorni dalla prenotazione verrà contattato dal centro reumatologico di riferimento per opportuno triage (medico e/o infermieristico) ed una prima visita reumatologica. Se il reumatologo conferma il sospetto per una di queste patologie, avvia uno specifico percorso diagnostico garantendo oltre alla visita reumatologica con adeguata valutazione clinimetrica anche la prenotazione per i necessari accertamenti (ematochimici, clinici e strumentali) su agende interne riservate in funzione della patologia sospettata.

Il prelievo per gli esami diagnostici ematochimici deve essere effettuato presso il centro reumatologico e successivamente invitato al laboratorio di competenza. Tra gli **esami diagnostici di I livello** saranno compresi:

a) esami ematochimici quali VES, PCR, Emocromo, esame Urine, AST, ALT, Azotemia, Glicemia, Uricemia, Creatininemia, Elettroforesi proteine sieriche, LDH, CPK, ferritina, Ra Test, anti-CCP, Anti-Nucleo, Markers Epatite B e C.
b) Ecografia articolare e/o tendinea che potrà, a seconda della specifica organizzazione, essere eseguita in loco dal reumatologo o inviata al servizio di radiologia di riferimento
c) Radiografia dei distretti interessati
d) Capillaroscopia periungueale

In caso di ulteriori necessità diagnostiche il Centro prescrive e prenota altri accertamenti, **esami di II livello**, che potranno comprendere:

a) esami ematochimici quali Complemento C3 e C4, Anti-DNA, Anti-ENA, Anti-Cardiolipina, Crioglobulinemia, HLA classe I
b) RMN o Ecografia articolare e/o tendinea di altri distretti che potrà, a seconda della specifica organizzazione, essere eseguita in loco dal reumatologo o inviata al servizio di radiologia di riferimento
c) Altre valutazioni mediche specialistiche

Il medico prescrittore del Centro, sulla base della valutazione clinica del paziente, prescriverà i predetti esami su ricettario del SSN biffando il cod. B nel caso di "prima diagnosi di artrite di recente insorgenza" oppure biffando il cod. D nel caso di "prima diagnosi di artrite già stabilizzata".

Allegato A

A conclusione dell'iter diagnostico il reumatologo esegue la valutazione complessiva degli esami richiesti ed in rapporto ad esso ne stabilisce il successivo iter.

In caso di valutazione diagnostica negativa per una delle malattie reumatiche, il paziente verrà inviato al MMG con adeguata relazione medica, per altro percorso per diversa patologia.

In caso di valutazione diagnostica positiva per una delle malattie reumatiche il paziente potrà essere avviato alla Fase 2 del PDTA oppure in casi di particolare complessità, o di approfondimenti diagnostici di più complesso livello ad un ricovero ospedaliero che potrà essere eseguita in una delle strutture reumatologiche della Regione Puglia dotate di posti letto.

FASE2: TRATTAMENTO E FOLLOW-UP con DMARDs non Biologici

La terapia con DMARDs deve essere intrapresa non appena è stata fatta la diagnosi di malattia reumatologica con lo scopo di raggiungere in ciascun paziente l'obiettivo della remissione* o *della low-diseose activity* o *della buona risposta EULAR.

AI termine del percorso diagnostico lo specialista che ha effettuato la sintesi diagnostica, definisce la terapia e stabilisce, l'opportuno calendario di controlli (follow-up) clinici per ciascun paziente nel rispetto dei principi del "Tight Control" e del *"Treat* to Target" strategie imprescindibili per un corretto e moderno approccio al malato reumatico.

Ove necessario, il paziente potrà essere inviato al Fisiatra per un adeguato trattamento FKT da affiancare al trattamento farmacologico.

Per il trattamento farmacologico, lo Specialista prende direttamente in carico l'assistito e, dopo aver avviato la terapia più appropriata (FANS, DMARDs, Corticosteroidi), effettua una relazione clinica al MMG o PLS con le considerazioni diagnostiche, terapeutiche e le indicazioni del successivo follow-up. Tale follow-up viene indicato dallo Specialista del Centro che provvede direttamente alla prenotazione del successivo appuntamento (da 1 a 3 mesi). Lo Specialista del Centro prescrive su ricettario del SSN gli esami di laboratorio di controllo (Emocromo, VES,PCR,ALT, AST, creatinina, urine) per il corretto monitoraggio.

Il Centro prescrittore invia al MMG o al PLS i consigli per il monitoraggio della terapia. In presenza di effetti collaterali, reazioni avverse o riacutizzazione della malattia, il MMG/PLS contatterà direttamente lo Specialista per una rivalutazione clinica e per l'eventuale modifica della terapia.

In caso di risposta clinica adeguata e controlli ematochimici regolari, lo Specialista del Centro rivedrà il paziente nella data di follow-up stabilita per la valutazione dell'efficacia della terapia prescritta ed il monitoraggio (clinico, ematochimico e strumentale) della malattia.

Se *l'obiettivo del trattamento non si ottiene con il primo DMARD, in assenza di fattori prognostici negativi, si deve considerare il passaggio a un'altro DMARD; quando sono presenti fattori prognostici negativi, si deve considerare l'aggiunta* o *il cambio ad* un *DMARD biologico.*

Se nel controllo specialistico di follow-up, la risposta al trattamento non risultasse soddisfacente, lo specialista reumatologo valuterà se avviare al 2° trattamento con farmaco di fondo (DMARD) non biologico (in monoterapia o terapia di combinazione) oppure ove necessario in presenza di fattori prognostici negativi (quali ad esempio il Fattore reumatoide o anti-CCP positivi specie se ad alto titolo, danno articolare precoce, elevata attività di malattia) di avviare direttamente al farmaco bio-tecnologico.

FASE3: TRATTAMENTO E FOLLOW-UP CON FARMACI BIOLOGICI

La terapia con il farmaco biologico, verrà iniziata con i farmaci di 1° STEP nel rispetto delle indicazioni approvate: Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Belimumab, Canakinumab, Certolizumab Pegol, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Tocilizumab. Lo Specialista del Centro ne valuterà la risposta avvalendosi della valutazione clinimetrica adeguata alla patologia del paziente nel rispetto dei principi del "Tight Control" e del "Treat to Target" (Piano terapeutico).

Allegato A

Redatto il Piano Terapeutico, lo Specialista del Centro preparerà una relazione per il MMG o per il PLS al fine di informarlo sull'andamento della terapia.

Se un *primo DMARD biologico ha fallito, i pazienti devono essere trattati con* un *altro DMARD biologico; se una prima terapia con inibitori del TNF ha fallito, i pazienti possono ricevere* un *altro inibitore del TNF* o un *farmaco biologico con un'altro meccanismo d'azione.*

Redatto il nuovo Piano Terapeutico, lo Specialista del Centro preparerà una relazione per il MMG o per il PLS al fine di informarlo sull'andamento della terapia.

Allegato A

ALLEGATO 1

Scheda per la richiesta di consulenza per artrite precoce
(I pazienti devono avere i sintomi o "artrite" da meno 6 *mesi)*

Paziente
Cognome/Nome _____
data di nascita _____Telefono _____
Medico Inviante _____

Motivo per una valutazione precoce o diagnosi preliminare (segnare tutti quelli positivi):
☐ > 3 *articolazioni tumefatte*
☐ *Dolore articolare da* >6 *settimane ma* < 6 *mesi*
☐ *Rigidità mattutina > 30 minuti*
☐ *Test "stretta" MCF o MTF positivo*
☐ *Fenomeno di Raynaud*
☐ *Lombalgia infiammatoria (prev. notturna con rigidità mattutina) da almeno* 3 *mesi*

Se presenti indicare:
☐ *ANA (Risultato _____ Pattern_____)*
☐ *FR (Risultato _____)*
☐ *CCP (Risultato _____)*
☐ *VES elevata (Risultato_____)*
☐ *PCR elevata (Risultato_____)*
☐ *Dolore articolare acuto* ☐ *Gonfiore articolare acuto*
☐ *Dolore articolare cronico* ☐ *Gonfiore articolare cronico*
☐ *Dolore diffuso*
☐ *Articolazioni colpite*
☐ *Mani* ☐ *Piedi* ☐ *Spalla* ☐ *Ginocchio* ☐ *Anca* ☐ *Schiena* ☐ *Collo*

☐ *Altro _____*

Data di inizio dei sintomi _____
Data in cui è stato visitato il paziente _____

Si prega di far portare dal paziente la seguente documentazione:

1. *Richiesta di Visita medica Reumatologica o Reumatologica Pediatrica;*
2. *Prescrizione di esami diagnostici di I livello;*
3. *Copia dei recenti esami di laboratorio;*
4. *Radiografie ed Ecografie eseguite.*

Abbreviazioni: ANA anticorpi antinucleo; CCP peptide citrullinato ciclico; CRP proteina C reattiva; VES velocità di eritrosedimentazione; MCF metacarpofalangee, MTF metatarsofalangee; FR fattore reumatoide.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2813

DGR n. 3010/2012. Programma regionale "Kilometri in salute" ASL BR, FG, LE e TA. Proroga dei termini dell'attività progettuale.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente dell'Ufficio "Sanità Pubblica e Sicurezza sul lavoro" e dal Funzionario Istruttore, responsabile della P.O. "Igiene e Sanità Pubblica", confermata dal Dirigente dell'Ufficio "Sanità pubblica e sicurezza del lavoro" e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (PATP), riferisce quanto segue:

La promozione di corretti stili di vita a favore della popolazione rappresenta, in maniera sempre più preminente, una sfida per l'Organizzazione Mondiale della Sanità' contro l'allarmante crescita percentuale di soggetti obesi inattivi. Proprio recentemente, infatti, l'OMS ha evidenziato, attraverso i mass media, la necessità di promuovere strategie efficaci di intervento sui determinanti del comportamento, in rapporto alla salute della popolazione. Anche il Ministero della Salute attraverso la pubblicazione della "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011" ha evidenziato come la dilagante obesità sia uno dei principali problemi di sanità pubblica in Italia.

Le Deliberazioni di Giunta regionale nn.2994/2010 e 2080/2011 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-12 e relativo Piano operativo, hanno previsto il raggiungimento degli obiettivi di salute posti dal Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), tra i quali, non a caso, la prevenzione dell'obesità anche attraverso il contrasto alla sedentarietà. In questo contesto si colloca la realizzazione di una specifica linea di intervento relativa alla "prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" nell'ambito della quale è stato approvato il progetto regionale dal titolo "Estensione del programma di promozione dell'attività motoria, denominato 'Gruppi di cammino", destinato ad un target di soggetti adulti-anziani sani o affetti da patologie, purché farmacologicamente controllati. L'individuazione del target di riferimento non è casuale, ma tiene conto della specificità di questa fascia di popolazione, caratterizzata da un maggiore rischio di patologie correlate alla mancanza o all'insufficienza di attività fisica (patologie cardiovascolari, ipertensione, diabete, osteoporosi, etc). Il citato progetto è da considerarsi una continuità del PNPAM (Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria) promosso dal Centro per il Controllo delle Malattie, svolto in forma sperimentale in Puglia, quale regione partner della ULSS 20 di Verona, nell'ambito del Programma Nazionale "Guadagnare Salute" e approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n.2992/2010.

In linea con la programmazione regionale, le AA.SS.LL. BR, FG, LE e TA hanno elaborato un progetto organico, pur rispettando le peculiarità e le esigenze dei rispettivi ambiti territoriali.

La Giunta regionale, pertanto, con proprio atto n.3010/2012 ha approvato il relativo programma denominato "Kilometri in salute", con lo scopo di promuovere il cambiamento strutturale delle abitudini della popolazione "target", attraverso obiettivi specifici:

- modificare positivamente i principali parametri metabolici, ematochimici ed antropometrici;
- migliorare la stato cognitivo e motivazionale,
- migliorare il tono dell'umore e, più in generale, lo stato di "benessere" complessivo dei partecipanti;
- implementare studi di analisi del territorio tesi a interventi di miglioramenti urbanistici per tutelare la pedonabilità nelle città (ad esempio progetto in itinere del Dipartimento di Prevenzione della ASL TA su " Le criticità urbane: studio della pedonabilità dei quartieri di Taranto") in considerazione del fatto che la qualità del territorio condiziona il modo di vita delle persone e le interazioni sociali, favorendo le patologie collegate alla sedentarietà.

Per l'attuazione del programma di durata biennale 2013-2014, è stato previsto un costo complessivo di € 138.000,00 (euro centotrentottomila), di cui è stata già liquidata la somma di € 82.500,00 a titolo di acconto, con atto dirigenziale n.412 del 2.12.2013.

Nella realizzazione di tale progetto rivestono particolare rilievo la collaborazione dei partners del progetto e la costruzione di alleanze tra i vari attori sul tema della prevenzione primaria, quali MMG, Igienisti, Laureati in Scienze motorie, Cardiologi, Psi-

cologi, Fisiatri e operatori sanitari in genere, a favore dei quali sono stati previsti percorsi formativi ad hoc.

La Asl di Foggia ha terminato tutte le attività rispettando il cronoprogramma e raggiungendo l'obiettivo di favorire il movimento, suscitando l'interesse della popolazione, tanto da richiederne la continuità.

Tuttavia nelle aziende di Brindisi, Lecce e Taranto, dove sono state riscontate numerose criticità circa il reclutamento dei MMG, delle Associazioni esterne per lo svolgimento di particolari attività, l'acquisizione della dotazione strumentale da fornire ai reclutati, la stipula dei contratti di collaborazione con i laureati in scienze motorie ed infine l'acquisizione della disponibilità di spazi per attività "indoor", le attività progettuali sono ad oggi in corso e il termine del 31 dicembre 2014 non può essere rispettato.

Alla luce dell'importanza del raggiungimento dei risultati che si vogliono perseguire, al fine di non vanificare i risultati che sono stati raggiunti e le risorse finanziarie già investite e ritenendo fondamentale perseguire l'obiettivo della prevenzione delle malattie croniche correlate alla sedentarietà nella popolazione pugliese, si rende necessario prorogare il termine delle attività progettuali al 31 ottobre 2015, come richiesto dalle stesse AASSLL interessate, con documentazione agli atti del Servizio PATP:

- ASL Lecce prot. n°01/80539 del 26.11.2014 richiesta di proroga e dichiarazione di interesse a proseguire le attività del programma, acclarata al protocollo del Servizio con prot. AOO152 n.15602 del 4.12.2014;
- ASL Brindisi nota prot. 81392 del 27 novembre 2014 richiesta di proroga dei termini, prot. del Servizio AOO152 n.15286 del 27.11.2014 e dichiarazione di interesse al completamento del progetto, registrata con prot. AOO152 n.15356 del 1.12.2014;
- ASL Taranto- prot. n. 0105662 del 23 settembre 2014 - richiesta di proroga e conferma dell'impegno a portare a termine il programma, acclarata al protocollo del Servizio AOO152 n.12469 del 14.10.2014.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Settore;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per tutto quanto sopra esposto e che qui si intende integralmente riportato

- Di PROROGARE il termine del programma regionale di durata biennale denominato "Kilometri in salute" al 31. 10. 2015;
- Di CONFERMARE quanto già stabilito con DGR n.3010/2012;
- Di DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
- Di PUBBLICARE il presente provvedimento sul BURP, ai sensi di legge; Di DISPORRE la diffusione dei contenuti del presente provvedimento attraverso il sito www.regione.puglia.it ed il portale sanitario regionale www.sanita.puglia.it e con gli altri mezzi di comunicazione ritenuti idonei.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2814

DGR n.2374/2012. Programma regionale "Movimento in salute". Proroga dei termini dell'attività progettuale ASL BA.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente dell'Ufficio "Sanità Pubblica e Sicurezza del lavoro" e dal Funzionario Istruttore, responsabile della P.O. "Igiene e Sanità Pubblica", confermata dal Dirigente dell'Ufficio "Sanità pubblica e sicurezza del lavoro" e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (PATP), riferisce quanto segue:

La promozione di corretti stili di vita a favore della popolazione rappresenta, in maniera sempre più preminente, una sfida per l'Organizzazione Mondiale della Sanità' contro l'allarmante crescita percentuale di soggetti obesi inattivi. Proprio recentemente, infatti, l'OMS ha evidenziato, attraverso i mass media, la necessità di promuovere strategie efficaci di intervento sui determinanti del comportamento, in rapporto alla salute della popolazione. Anche il Ministero della Salute attraverso la pubblicazione della "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011" ha evidenziato come la dilagante obesità sia uno dei principali problemi di sanità pubblica in Italia.

Le Deliberazioni di Giunta regionale nn.2994/2010 e 2080/2011 di approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2010-12 e relativo Piano operativo, hanno previsto il raggiungimento degli obiettivi di salute posti dal Piano Nazionale di Prevenzione (PNP), tra i quali, non a caso, la prevenzione dell'obesità anche attraverso il contrasto alla sedentarietà. In questo contesto si colloca la realizzazione di una specifica linea di intervento relativa alla "prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" nell'ambito della quale è stato approvato il progetto regionale dal titolo "Estensione del programma di promozione dell'attività motoria, denominato "Gruppi di cammino", destinato ad un target di soggetti adulti-anziani sani o affetti da patologie, purché farmacologicamente controllati.

In linea con la programmazione regionale, le AA.SS.LL. BT e BA, hanno presentato due progetti con la medesima finalità, coerenti con i nuovi orientamenti che prevedono, tra gli interventi di prevenzione, la prescrizione dell'attività fisica come farmaco già avviata in modo sperimentale in alcune Regioni. Tali progetti sono stati oggetto di elaborazione di un unico programma regionale sperimentale denominato "Movimento in salute", di durata biennale 2012-2014, approvato dalla Giunta regionale con atto n.2374 del 19.11.2012, tenendo conto dei risultati dello studio PASSI 2007-2010 e adattandoli a ciascuna realtà territoriale.

I destinatari del progetto sono persone sedentarie di età compresa tra i 50 e i 70 anni.

"Movimento in salute" ha durata biennale 2013-2014 per un costo complessivo di € 623.080,00 (euro seicentoventitremila e ottanta), di cui è stata liquidata la somma di € 120.693,00 a favore della ASL BA, a titolo di I° acconto.

Per la realizzazione di tale progetto rivestono particolare rilievo la collaborazione dei partners del progetto e la costruzione di alleanze tra i vari attori sul tema della prevenzione primaria, quali MMG, Igienisti, Laureati in Scienze motorie, Cardiologi, Psicologi, Fisiatri e operatori sanitari in genere, a favore dei quali sono stati previsti percorsi formativi ad hoc.

La Asl Bari ha presentato lo stato di avanzamento del progetto con nota acquisita al protocollo del Servizio PATP AOO_152 n.9441 del 7/08/2014, segnalando l'insorgenza di numerose criticità nelle varie fasi di realizzazione dello stesso come il reclutamento dei MMG, la collaborazione delle Associazioni esterne per lo svolgimento di particolari attività, la stipula dei contratti di collaborazione con i laureati in scienze motorie e il reclutamento dei soggetti destinatari del progetto. Con successiva nota registrata con protocollo AOO_152/14429 dell'11/11/2014, ha dichiarato di avere superato gran parte delle criticità trasmettendo il report degli accordi conclusi con i Comuni, DSS, MMG e con il CONI per la contrattualizzazione dei laureati in scienze motorie.

In data 24 novembre, come da nota acquisita al prot. n. AOO_152 n. 15251 del 27/11/2014, la ASL Bari ha comunicato l'avvio delle attività motorie.

Alla luce del raggiungimento dell'obiettivo che si vuole perseguire nella prevenzione delle malattie

croniche correlate alla sedentarietà nella popolazione pugliese, al fine di non vanificare i risultati già raggiunti e le risorse finanziarie investite, si rende necessario prorogare il termine del progetto dal 31 dicembre 2014 al 31 ottobre 2015, come peraltro richiesto dalla ASL BA con nota prot.203369/UOR 9 direz. del 12.11.2014, acclarata al prot. AOO_152 n.14840 del 19.11.2014. Con la stessa nota la ASL BA ha dichiarato l'interesse a proseguire le attività progettuali in questione. Per la ASL BT, ad oggi, non risulta agli atti del Servizio alcuna comunicazione di avvio delle attività in questione.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Ufficio e dal Dirigente del Settore;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

per tutto quanto sopra esposto e che qui si intende integralmente riportato

- di PROROGARE il termine del programma regionale di durata biennale denominato "Movimento in salute" al 31. 10. 2015 unicamente per la ASL BA;
- di CONFERMARE quanto già stabilito con DGR n.2374/2012;
- di DICHIARARE il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
- di PUBBLICARE il presente provvedimento sul BURP, ai sensi di legge;
- di DISPORRE la diffusione dei contenuti del presente provvedimento attraverso il sito www.regione.puglia.it ed il portale sanitario regionale www.sanita.puglia.it e con gli altri mezzi di comunicazione ritenuti idonei.

Il Segretario della Giunta Dott.ssa Antonella Bisceglia — Il Presidente della Giunta Angela Barbanente

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2815

Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia - D.G.R. n. 1566 del 05/8/2013 relativa alla convenzione aggiuntiva al protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari - Risoluzione di diritto della convenzione - Presa d'atto e ridestinazione del relativo finanziamento.

L'Assessore al Welfare, Dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria predisposta dal Responsabile della P.O. "Sorveglianza epidemiologica ed Igiene ambientale" dell'Ufficio "Sanità pubblica e sicurezza sul lavoro" e dal Dirigente dello stesso Ufficio, confermata dal Dirigente del Servizio "Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione" (P.A.T.P.), riferisce quanto segue:

con provvedimento di Giunta Regionale n. 1566 del 05/8/2013 è stato approvato lo sche ma di una convenzione aggiuntiva al protocollo d'intesa già sottoscritto e vigente giusta D.G.R. n. 488/2012 -tra la Regione Puglia e l'Università deglistudi di Bari per ilfunziona mento dell'Osservatorio Epide miologico Regionale;

la Giunta Regionale,con la m edesima deliberazione autorizzava il Dirigente del Servizio P.A.T.P. a sottoscrivere convenzione aggiuntiva, finalizzata all'istituzione ed al finanziamento di una posizione di ricercatore a tempo determinato per un triennio, nell'ambito del SSD MED/42, ai sensi della legge n. 240/2010, art.24, co m ma 3 lett.a) del 12 settembre 2013;

la convenzione aggiuntiva è stata sottoscritta in data 12/9/2013, per una spesa pari ad € 147.814,86 finanziata con i fondi di funziona mento dell'O.E.R. per l'esercizio finanziario 2013 dell'importo di € 500.000,00;

la procedura di selezione per la posizione di ricercatore è stata curata dall'Università degli Studi di Bari (Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana) e siè conclusa con D.R. n. 4665 del 12/12/2013, che ha proclamato vincitore il Dott. Silvio Tafuri, medico specialista in Igiene e medicina preventiva;

il dott. Tafuri,successiva mente, con nota del 26 m arzo 2014 indirizzata al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Bari ha co municato di non aver occupato il posto per cui era stato proclamato vincitore, in quanto già in servizio in qualità di ricercatore dal 3 febbraio 2014 come vincitore di altra procedura concorsuale. Questi ha richiesto, pertanto, il differimento della presa di servizio al 2 febbraio 2017, avendo anche ricevuto parere favorevole da parte del Consiglio del Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana, in data 27 gennaio 2014;

Tale richiesta, tuttavia, non risultava accoglibile - come rappresentato dal Dirigente del Servizio P.A.T.P. con nota prot. n. 10312 del 05/9/2014 considerato che la m ancata presa di servizio da parte dell'unico vincitore della procedura, in assenza di attivazione di nuovo avviso pubblico, comportava il venir meno dell'oggetto della Convenzione aggiuntiva da considerarsi di fatto risolta;

il Comitato Tecnico Scientifico, riunitosi in data 15/12/2014 - come da apposito verbale regolar m ente redatto e sottoscritto, acquisito agli atti della Segreteria dell'O.E.R. preso atto di quanto sopra, a fronte della richiesta trasmessa alla Regione Puglia con nota prot.241/OE R/2014 da parte del Responsabile scientifico dell'OER, prof. Germinario, ha espresso parere favorevole a ridestinare la somma stanziata per il ricercatore (€ 147,814,86) alle molteplici attività non programmate, ma richieste dalla Regione in relazione a bisogni di salute emergenti, quali per esempio:

- Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (nota della Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione prot. 9969 del 2 agosto 2013), ivi com presa l'attività diagnostica;
- Sorveglianza della poliomielite (nota della Regione Puglia, Servizio Programmazione Assistenza Territoriale Prevenzione prot. 13718 del 12 novembre 2013), comprensiva anche di studi di sieroprevalenza nella popolazione pugliese e immigrata;
- Sorveglianza della Sindrome Emolitico Uremica (Delibera della Giunta della Regione Puglia n. 565/2014);
- Sorveglianza delle malattie batteriche invasive (Delibera della Giunta della Regione Puglia n. 565/2014;
- Sorveglianza del Middle East respiratory syndrome coronavirus infection (Circolare del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione del 16 maggio 2013);
- Sorveglianza delle infezioni da virus influenza H 7 N 9 (Circolare del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione prot. 11313-P del 16 m a g gio 2013;
- attività propedeutiche alla sorveglianza epide miologica di m alattia da virus Ebola.

L'Assessore relatore propone dunque di prendere atto che la convenzione aggiuntiva di cui si tratta si è risolta di diritto e di ridestinare la somma per la stessa stanziata secondo le citate indicazioni del Comitato Tecnico Scientifico.

COPERTURA FINANZIARIA- L.R. 28/2001

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

Il presente provvedimento rientra nelle specifiche competenze della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4, lettera d) della L.R. 7/97.

L'Assessore relatore, sulla base dell'istruttoria e della relazione esposta, propone quindi alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Responsabile della P.O., dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- di prendere e dare atto che la convenzione aggiuntiva al protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e l'Università degli Studi di Bari approvata con D.G.R. n. 1566 del 05/8/2013 si è risolta di diritto;

- di ridestinare la somma stanziata per detta convenzione aggiuntiva, pari ad € 147.814,86, e a seguito delle indicazioni fornite dal Comitato Tecnico Scientifico dell'O.E.R. nella riunione del 15/12/2014, al finanziamento delle m oltepliciattività non rientranti nel programma pluriennale dell'O.E.R.,m a richieste dalla Regione Puglia, come indicato in premessa;
- di stabilire che la suddetta somma dovrà essere impegnata dall'Università degli Studi di Bari entro il 1° semestre 2015 e rendicontata alla Regione Puglia entro il31/12/2015;

- di notificare il presente provvedimento all'Università degli Studi di Bari a cura del Servizio proponente;

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

Il Segretario della Giunta Dott.ssa Antonella Bisceglia — Il Presidente della Giunta Angela Barbanente

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2816

Società in house InnovaPuglia SpA. Adempimenti ai sensi della L.R. n. 26/2013, art. 25 e DGR n. 812/2014. Operazioni rilevanti. DGR n. 2691 del 16 dicembre 2014 - Pubblicazione "Piano Industriale - Attività 2015-2017" di InnovaPuglia Spa".

Assente il Presidente della Giunta, on. Nichi Vendola, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Controlli e dalla Direttrice dell'Area Politiche per lo Sviluppo economico, lavoro e innovazione, confermata per quanto di competenza dal Direttore dell'Area Finanza e Controlli riferisce quanto segue l'Ass. Barbanente:

Con Deliberazione n. 2691 del 16 dicembre 2014 la Giunta regionale ha approvato, ai sensi dell'art. 3 delle Linee di Indirizzo di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 812/2014, la proposta di "Piano Industriale - Attività 2015-2017" di InnovaPuglia Spa allegato allo stesso provvedimento.

Rilevato che, a causa di disguidi tecnici, è stata erroneamente allegata alla DGR n. 2691/14 una versione incompleta del "Piano industriale - Attività 2015-2017" è necessario, quindi, provvedere alla sostituzione del documento approvato nella seduta del 16 dicembre 2014 e alla conseguente approvazione.

Il presente provvedimento rientra nella specifica competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 - comma 4 - lettere a) e g) della L.R. n. 7/97

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA 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.

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

LA GIUNTA REGIONALE

udita la relazione del relatore;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

di approvare la relazione del relatore proponente, che quivi si intende integralmente riportata e, per l'effetto di:

- di approvare, ai sensi dell'art. 3 delle Linee di Indirizzo di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 812/2014, il "Piano Industriale - Attività 2015-2017" di InnovaPuglia Spa allegato al presente atto e di esso parte integrante;

- di confermare in ogni altra sua parte la DGR n. 2691 del 16.12.2014;

- di notificare il presente atto, a cura Direttrice dell'Area Politiche per lo Sviluppo Economico, il Lavoro e l'Innovazione, alla Società in-house Innovapuglia SpA;

- disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

PROPOSTA DI PIANO INDUSTRIALE

ATTIVITA' 2015-2017

SINTESI .....
La roadmap 2015-2017 del Piano Industriale .....
IL PIANO INDUSTRIALE ATTIVITA' 2015-2017 .....
1 NOTA INTRODUTTIVA .....
2 GLI ASSET DI INNOVAPUGLIA .....
Il pensiero computazionale .....
L'ecosistema industriale lo spillover industriale .....
L'infrastruttura digitale .....
Il patrimonio informativo .....
3 GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO INDUSTRIALE 2015-2017 .....
Obiettivi .....
Il contesto di riferimento normativo .....
La S3 "Smart Puglia 2020" e l'Agenda Digitale Regionale. .....
.....
Obiettivo 1. PA Digitale .....
Obiettivo 2. Economia Digitale .....
Obiettivo 3. Cittadinanza Digitale .....
Obiettivo 4. Infrastrutture Digitali .....
4 IL PIANO DI ATTIVITA' 2015 - 2017 .....
Linee di intervento .....
1. Digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali interoperabili della PA offerti a cittadini e imprese .....
Azione 1.1 Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi per l'efficienza e la trasparenza della PA e per il rafforzamento del sistema di e-government regionale .....
Azione 1.2 Soggetto Aggregatore delle regione Puglia (SArPULIA) .....
Azione 1.3 potenziamento di servizi, contenuti e applicazioni per lo sviluppo sostenibile territoriale caratterizzati da un forte coordinamento sovra territoriale in ambiti di diretto interesse per la qualità della vita (con particolare riferimento ai temi e-health e e-care) e la sostenibilità ambientale .....
Azione 1.4: Sviluppo di soluzioni integrate per le smart cities and communities su scala urbana, metropolitana, territoriale per il potenziamento dell'integrazione sociale e la qualità urbana 83
Azione 1.5 sviluppo di applicazioni e servizi mirati all'apertura di dati provenienti dal patrimonio informativo delle pubbliche amministrazioni e al loro riutilizzo efficace, in termini economici e per il rafforzamento della democrazia e della responsabilità delle istituzioni. .....
2. Rafforzamento del settore ICT e diffusione delle ICT nelle imprese e nella PA .....
Azione 2.1 Rafforzare il settore ICT e la diffusione delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione nei processi produttivi delle PMI coerentemente con la strategia di smart specialization Smart Puglia 2020. .....
Azione 2.2 Implementazione di appalti innovativi per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento PA. .....
Azione 2.3 Favorire l'avvio di comunità aperte di condivisione e promozione dello sviluppo di servizi digitali attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione .....

3. Potenziamento della domanda/offerta di ICT in termini di utilizzo dei servizi on line, inclusione digitale e partecipazione in rete .....

Attività 3.1 Attivazione e diffusione di servizi digitali sul territorio per rendere i cittadini, in particolare quelli rientranti nelle fasce giovanili, attori dell'innovazione. .....

Azione 3.2 Promozione e presidio di reti, alleanze e iniziative comuni di natura interregionale, nazionale e internazionale.....

4. Riduzione dei divari digitali nei territori e diffusione di connettività in banda larga e ultra larga coerentemente con gli obiettivi fissati al 2020 dalla "Digital Agenda" europea.....

Azione 4.1 concorrere all'attuazione del "progetto strategico agenda digitale per la banda ultra larga" .....

Azione 4.2 Consolidamento dell'infrastruttura tecnologica,.....

5. LE AREE FUNZIONALI .....

1. Area potenziamento infrastrutturale .....

2. Area sistemi abilitanti .....

3. Area servizi di dominio .....

6. Le Matrici di Collegamento con il PO 2014-2020 e Agenda Digitale Puglia 2020 .....

Le competenze digitali.....

Le risorse economiche .....

Il Conto economico previsionale 2015-2017.....

7. LA ROADMAP 2015-2017 DEL PIANO INDUSTRIALE .....

SINTESI

Il **piano industriale 2015-2017** di InnovaPuglia è espressione delle politiche pubbliche in materia di innovazione della Regione Puglia e delinea il ritorno sociale degli investimenti pubblici in ICT.

Il piano – che qui in sintesi è raccontato - si struttura attraverso 4 **Obiettivi strategici e 4 Linee di intervento,** articolate in **12 Azioni** per un inviluppo complessivo di **62 attività realizzative**, coerenti con gli indirizzi fissati dall'Agenda Digitale e dalla Smart Specialization Strategy regionali e implementate per offrire servizi digitali tagliati sul fabbisogno della domanda.

Il contesto di riferimento

La definizione degli obiettivi strategici aziendali nel triennio 2015-2017 va inserita in un contesto più ampio costituito, per un verso, dal quadro normativo concernente le società in house e, in particolare, InnovaPuglia SpA; per altro verso dalle politiche pubbliche della Regione Puglia in tema di ricerca e innovazione con particolare riferimento alla programmazione strategica unitaria e alla Politica di Coesione dell'Unione Europea 2014 -2020.

Nel 2014, in attuazione delle prescrizioni della legge di stabilità per il 2014, la Regione Puglia ha (ri)definito la regolamentazione delle Società a partecipazione regionale (oltre che delle Agenzie e degli Enti strumentali regionali) emanando le delibere n. 810 e n. 812 del 5 maggio 2014. Alla luce di questa regolamentazione (e dei provvedimenti attuativi tra i quali la convenzione n. 015967 sottoscritta il 15 luglio 2014), la Regione Puglia, quale socio unico, esercita penetranti controlli nei confronti di InnovaPuglia SpA confermata quale propria società strumentale (c.d. in house) incaricata di definire e sviluppare le strategie regionali a sostegno dell'innovazione basata sulle ICT (*Information Communication Technology*).

In particolare, le attività di InnovaPuglia SpA sono parte rilevante, oggi, del programma **SmartPuglia2020 (S3)** con il quale la Regione Puglia ha individuato le politiche regionali trasversali (ricerca, innovazione, competitività, internazionalizzazione, formazione e lavoro) declinandole in connessione con le politiche settoriali verticali (in materia di ambiente, trasporti, welfare e salute). L'obiettivo è quello di puntare al "*potenziamento progressivo e collettivo*" del tessuto socio economico regionale attraverso "*un uso intelligente, inclusivo e sostenibile delle tecnologie*", per costruire un'**Economia Digitale** in grado di "*coniugare il saper fare e la creatività del nostro territorio con l'uso sapiente delle tecnologie*". Un obiettivo, questo, la cui sostenibilità e attuabilità passa anche per il potenziamento tecnologico della pubblica amministrazione verso una **PA digitale** capace di *"mettere in connessione fabbisogni del territorio e innovazioni di prodotti/servizi*" e, quindi, di realizzare una **Cittadinanza Digitale** mediante il potenziamento dell'Infrastruttura Digitale e la diffusione della digitalizzazione.

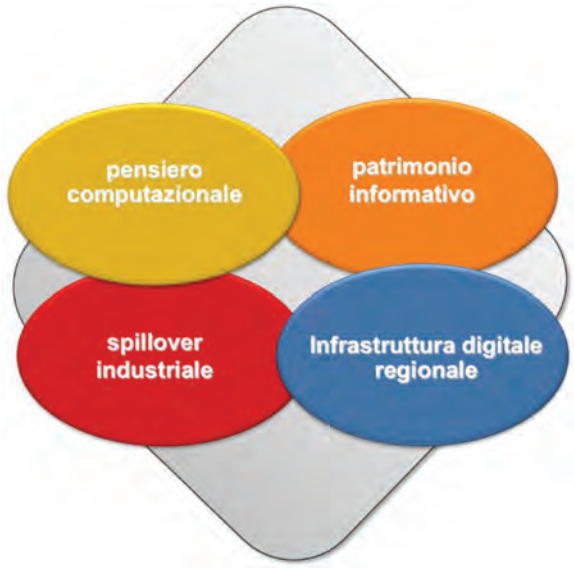
Questi obiettivi sono puntualmente declinati nell'**Agenda Digitale Regionale** che, in linea con l'Agenda Italiana ed Europea, focalizza gli obiettivi da perseguire su due macro-aree: **Crescita Digitale** e **Infrastrutture Digitali,** chiamando in causa il ruolo istituzionale di InnovaPuglia e affidandole un compito fondamentale.

Missione di InnovaPuglia è dunque **attuare l'Agenda Digitale Regionale**.

Gli Asset di InnovaPuglia

Il patrimonio strategico di InnovaPuglia è nelle **Risorse Umane, Organizzative, Informative e Infrastrutturali** che costituiscono il background imprescindibile per l'attuazione di tutte le azioni necessarie al concreto raggiungimento degli obiettivi indicati.

In proposito, un aspetto peculiare della propria organizzazione sta nella capacità di analizzare problemi complessi, parzialmente definiti, trovare una soluzione algoritmica per risolverli, che possa poi essere applicata a una classe di problemi similari, in un processo caratterizzato dalla capacità di comunicare e lavorare con gli altri, per il raggiungimento di una meta comune e di una soluzione condivisa. È quello sinteticamente definito come **pensiero computazionale** ed è il primo asset di InnovaPuglia.



Un secondo asset è nella capacità di coinvolgere soggetti imprenditoriali, attraverso un modello di generazione e diffusione della conoscenza in cui le ricadute delle attività di ricerca di un'impresa costituiscano un beneficio anche per gli altri soggetti del mercato e generino nuove opportunità di sviluppo socioeconomico. In sintesi, il secondo asset di InnovaPuglia è la **generazione di spillover industriale** sul territorio.

Di più immediata tangibilità sono gli altri due asset della società chiamati ad accelerare, rispettivamente, i processi di inclusione e partecipazione (**no digital divide**) e di trasparenza e democrazia digitale (**open data**):

- L'**infrastruttura digitale regionale** (costruita a oggi e oggetto di ulteriore potenziamento) che include l'insieme dell'infrastruttura tecnologica e dei servizi infrastrutturali abilitanti;

- Il **patrimonio informativo distribuito** (costituito dai sei sistemi specializzati di dominio e dai portali con le loro banche dati e basi di dati).

IL PIANO DI ATTIVITÀ 2015-2017

Il piano triennale 2015-2017 delle attività di InnovaPuglia punta, quindi, a **4 obiettivi strategici**, coerenti con il quadro programmatico regionale: **PA digitale, Economia Digitale, Cittadinanza Digitale, Infrastrutture Digitali.**

Il piano è costruito su **4 Linee di intervento:**

basate sulle seguenti direttrici metodologiche:

- **LA VALORIZZAZIONE DEGLI INVESTIMENTI FATTI IN PRECEDENZA E IL CONSOLIDAMENTO DI INVESTIMENTI, ESPERIENZE, PRATICHE E 'BRAND' GIÀ AFFERMATI.**
- **L'INTEGRAZIONE TRA I SISTEMI REALIZZATI, PER MASSIMIZZARE LE SINERGIE E AUMENTARE IL VALORE AGGIUNTO DEI SINGOLI SERVIZI.**
- **LA CONDIVISIONE DEI DATI, PER RIDURRE AL MINIMO LA RIDONDANZA E GARANTIRNE L'UNIVOCITÀ, QUALE CHE SIA IL DOMINIO CHE LO UTILIZZA.**
- **IL RAGGIUNGIMENTO DELLA MASSIMA INTEROPERABILITÀ TRA PROCESSI E SERVIZI AMMINISTRATIVI.**
- **LA DIFFUSIONE DEGLI OPEN DATA E DEL RIUSO DEL DATO PUBBLICO, ANCHE IN FUNZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DELLA MASSIMA TRASPARENZA E ACCESSIBILITÀ.**
- **L'ACCOMPAGNAMENTO NELL'INNOVAZIONE DEL SETTORE ICT IN PUGLIA E IL CONTRIBUTO ALLE POLITICHE DI DIFFUSIONE DELLE TECNOLOGIE DIGITALI NELLE IMPRESE, IN UN'OTTICA DI OPEN INNOVATION.**

Obiettivi del Piano di attività

Obiettivo 1. PA Digitale

Le pubbliche amministrazioni sono molto cambiate in questi ultimi anni grazie all'ICT. Eppure molto ancora c'è da fare. Spesso infatti l'innovazione tecnologica si è solo affiancata ai vecchi sistemi e i computer convivono con i timbri e i faldoni d'archivio. Il codice rende ora obbligatoria l'innovazione nella PA nel modo più naturale: da una parte dando ai cittadini il diritto di interagire sempre, dovunque e verso qualsiasi amministrazione attraverso Internet, posta elettronica, reti; dall'altra stabilendo che tutte le amministrazioni devono organizzarsi in modo da rendere sempre e comunque disponibili tutte le informazioni in modalità digitale.

La digitalizzazione dei processi amministrativi non è però il trasferimento dallo strumento cartaceo a quello elettronico dei processi, ma è un vero cambiamento culturale pervasivo e capillare che deve coinvolgere tutti i livelli dell'amministrazione e innescare nei cittadini la consapevolezza della partecipazione e della responsabilità nelle dinamiche operative dei servizi di pubblica utilità.

In proposito, l'attività di InnovaPuglia SpA, - in qualità di soggetto attuatore delle strategie regionali per la digitalizzazione dei processi amministrativi e la diffusione di servizi digitali interoperabili della PA offerti a cittadini e imprese – prevede la realizzazione di un pacchetto di azioni contenenti soluzioni tecnologiche innovative per i fabbisogni amministrativi e gestionali della PA regionale.

Obiettivo 2. Economia Digitale

È il contesto nel quale le funzioni che governano le imprese, le istituzioni e la collettività, le transazioni economiche e le relazioni, sono programmate ed eseguite con il supporto di tecnologie digitali. Si passa da

un paradigma basato sulla proprietà delle risorse utili alla creazione di valore a un paradigma basato invece sull'accesso alle risorse, inteso come servizio necessario alla produzione. Il nuovo approccio è basato sulla pervasività della interconnessione elettronica - tra persone, imprese, istituzioni, comunità, cose - e definisce gli ambiti dell'economia dell'informazione e della conoscenza nel passaggio dai mercati alle reti.

In tale contesto risulta evidente la necessità di uno sviluppo armonico dell'economia digitale e, nel contempo, di un soggetto che svolga un ruolo tecnico terzo tra programmazione pubblica e iniziativa privata, quale quello svolto da InnovaPuglia che interviene istituzionalmente per:

- **Rafforzare il settore ICT e la sua diffusione nei processi produttivi delle PMI, in particolare nei settori con maggiore potenziale di crescita (manifattura sostenibile, salute dell'uomo e dell'ambiente, comunità digitali, creative e inclusive) coerentemente con la strategia di smart specialization per l'innovazione di prodotto e di processo, b2b, commercio elettronico, reti imprenditoriali;**

- **Favorire la creazione di start up innovative nel settore dell'ICT e le modalità di acquisto innovative quali il PCP (Pre-Commercial Public procurement) o il PPI (Public Procurement for Innovation) per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni, con particolare riferimento al segmento della Pubblica Amministrazione.**

Obiettivo 3. Cittadinanza digitale

La scelta degli strumenti tecnologici da sviluppare e adottare per praticare la cittadinanza digitale ha una valenza strategica fondamentale per lo sviluppo paritetico della democrazia tra Amministrazione Pubblica e cittadino. In questo senso, il lavoro di InnovaPuglia si concentra sugli aspetti della domanda di innovazione pubblica e privata e, applicando processi di **intelligenza connettiva,** quali ad esempio quelli costruiti con l'esperienza dei Living Labs, usa le tecnologie per connettere le intelligenze dei singoli soggetti della rete, farle entrare in comunicazione l'una con l'altra, scambiare il loro sapere, cooperare, in un incontro sinergico verso il raggiungimento dell'obiettivo.

Obiettivo 4. Infrastrutture digitali

È obiettivo strategico fondamentale, per InnovaPuglia e più in generale per la Regione Puglia, giungere al definitivo azzeramento del **digital divide infrastrutturale** sul territorio regionale e alla **diffusione della banda ultra larga** nelle aree urbane e industriali**,** in particolare in quelle non appetibili per il mercato, coerentemente con un quadro di partenza positivo e con quanto indicato nell'Agenda Digitale Europea.

Le direttrici dell'azione di InnovaPuglia faranno evolvere i sistemi privilegiando la convergenza verso architetture uniformi, preferibilmente basate su *middleware Open Source*, ove possibile, e comunque con l'obiettivo di facilitare il riuso dei componenti e del *knowhow*, nonché l'ottimizzazione del *licensing*, ove ancora necessario. I portali - coerenti con le linee guida DigitPA per i siti web della PA in tema di comunicazione ed erogazione di servizi - convergeranno verso una sostanziale unificazione nell'unico portale federato che racchiuderà anche il sito istituzionale e sarà l'unico punto di accesso alle risorse informative e ai servizi telematici dell'amministrazione regionale: il Sistema Informativo Regionale della Regione Puglia

Le linee di intervento

Alle **4 Linee di intervento** sono associate **12 Azioni**:

Linea 1

- **Azione 1.1** Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi per l'efficienza e la trasparenza della PA e per il rafforzamento del sistema di e-government regionale
- **Azione 1.2** Soggetto Aggregatore delle regione Puglia (SArPULIA) nelle funzioni di centrale di committenza e d'acquisto territoriale
- **Azione 1.3** Potenziamento di servizi, contenuti e applicazioni per lo sviluppo sostenibile territoriale caratterizzati da un forte coordinamento sovra territoriale in ambiti di diretto interesse per la qualità della vita (con particolare riferimento ai temi e-health e e-care) e la sostenibilità ambientale
- **Azione 1.4** Sviluppo di soluzioni integrate per le smart cities and communities su scala urbana, metropolitana, territoriale per il potenziamento dell'integrazione sociale e la qualità urbana
- **Azione 1.5** Sviluppo di applicazioni e servizi mirati all'apertura di dati provenienti dal patrimonio informativo delle pubbliche amministrazioni e al loro riutilizzo efficace, in termini economici e per il rafforzamento della democrazia e della responsabilità delle istituzioni

Linea 2

- **Azione 2.1** Rafforzare il settore ICT e la diffusione delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione nei processi produttivi delle PMI coerentemente con la strategia di smart specialization Smart Puglia 2020
- **Azione 2.2** Implementazione di appalti innovativi per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento PA
- **Azione 2.3** Favorire l'avvio di comunità aperte di condivisione e promozione dello sviluppo di servizi digitali attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione

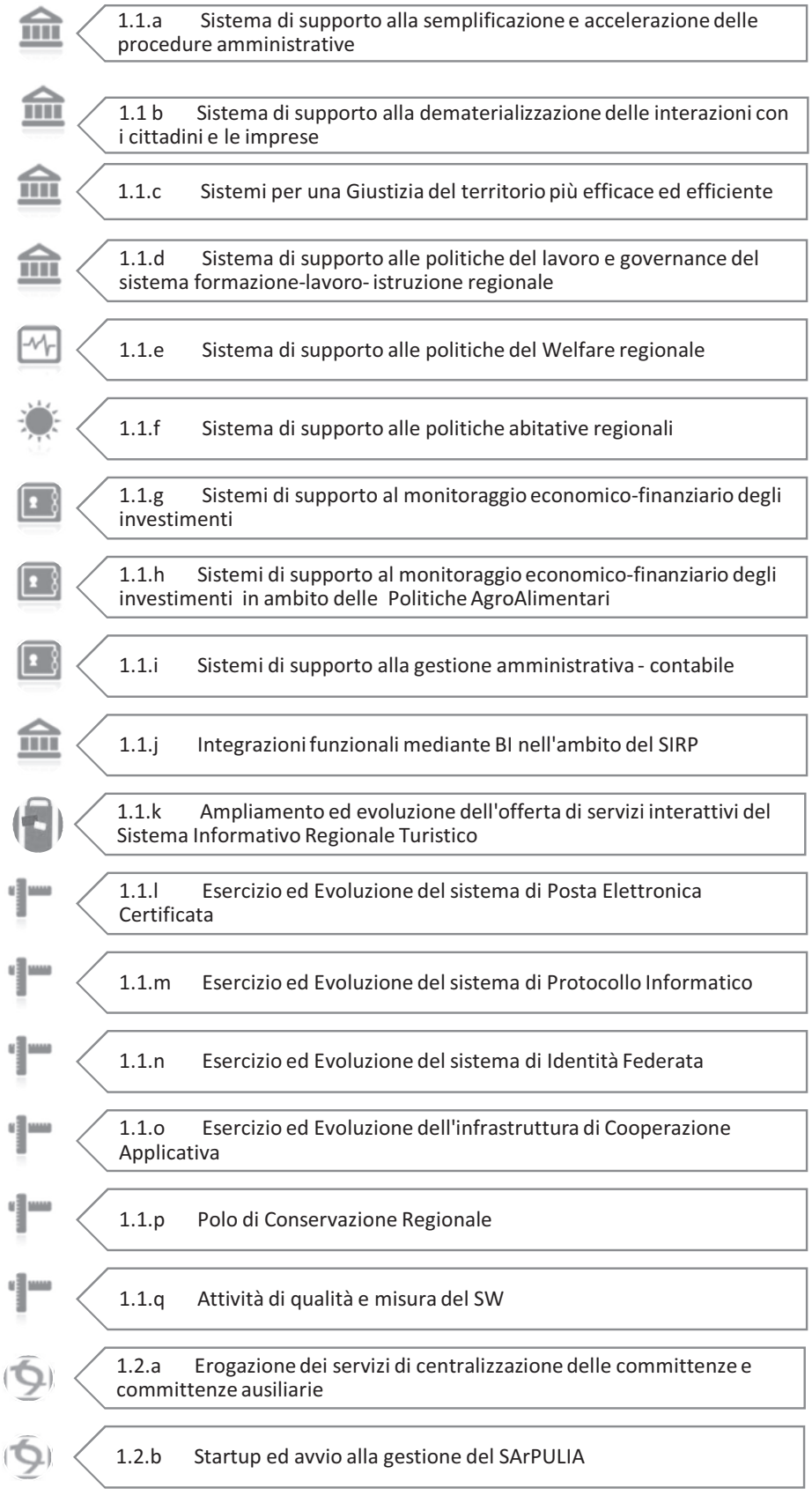
Linea 3

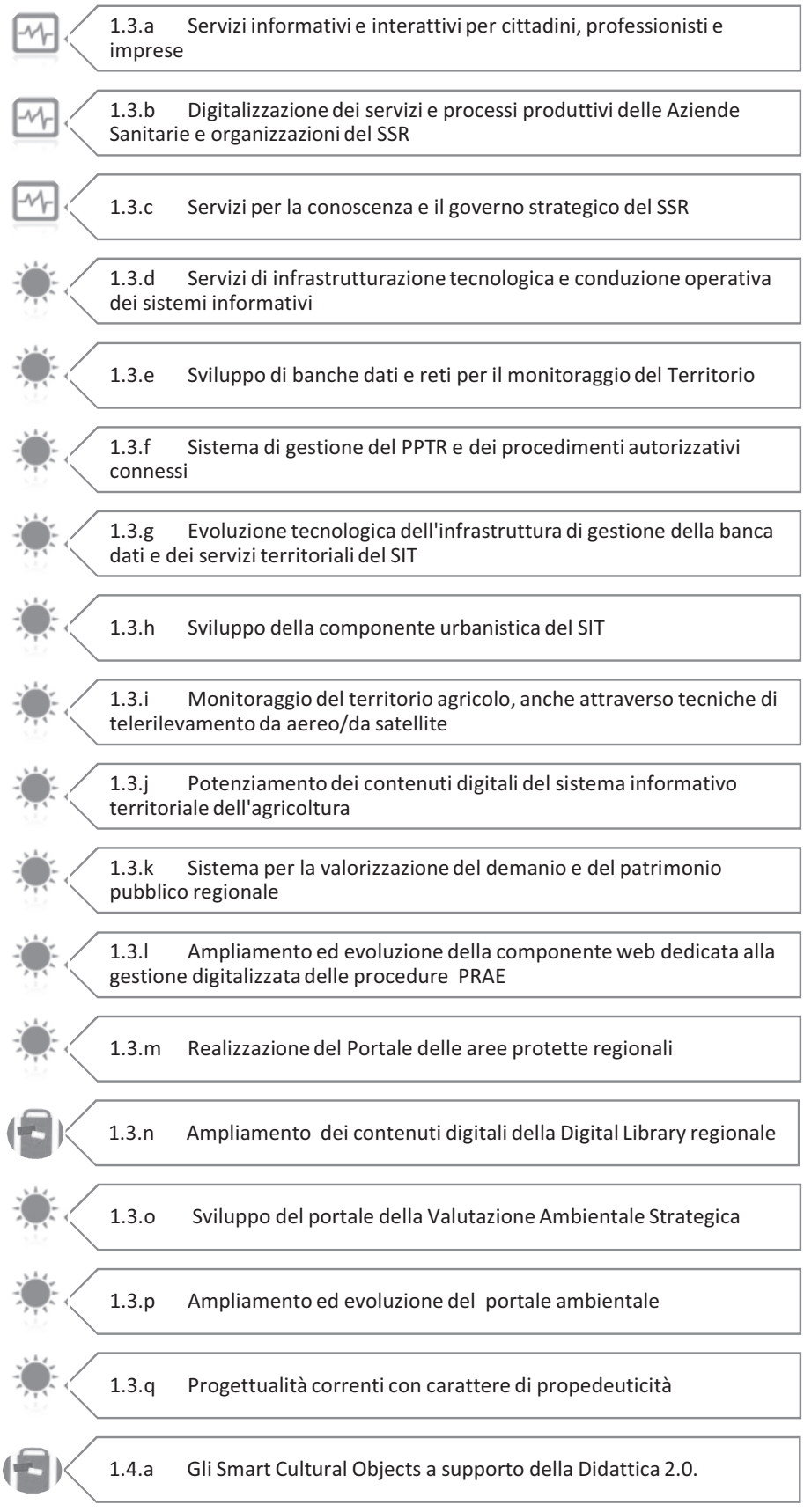
- **Attività 3.1** Attivazione e diffusione di servizi digitali sul territorio per rendere i cittadini, in particolare quelli rientranti nelle fasce giovanili, attori dell'innovazione
- **Azione 3.2** Promozione e presidio di reti, alleanze e iniziative comuni di natura interregionale, nazionale ed internazionale

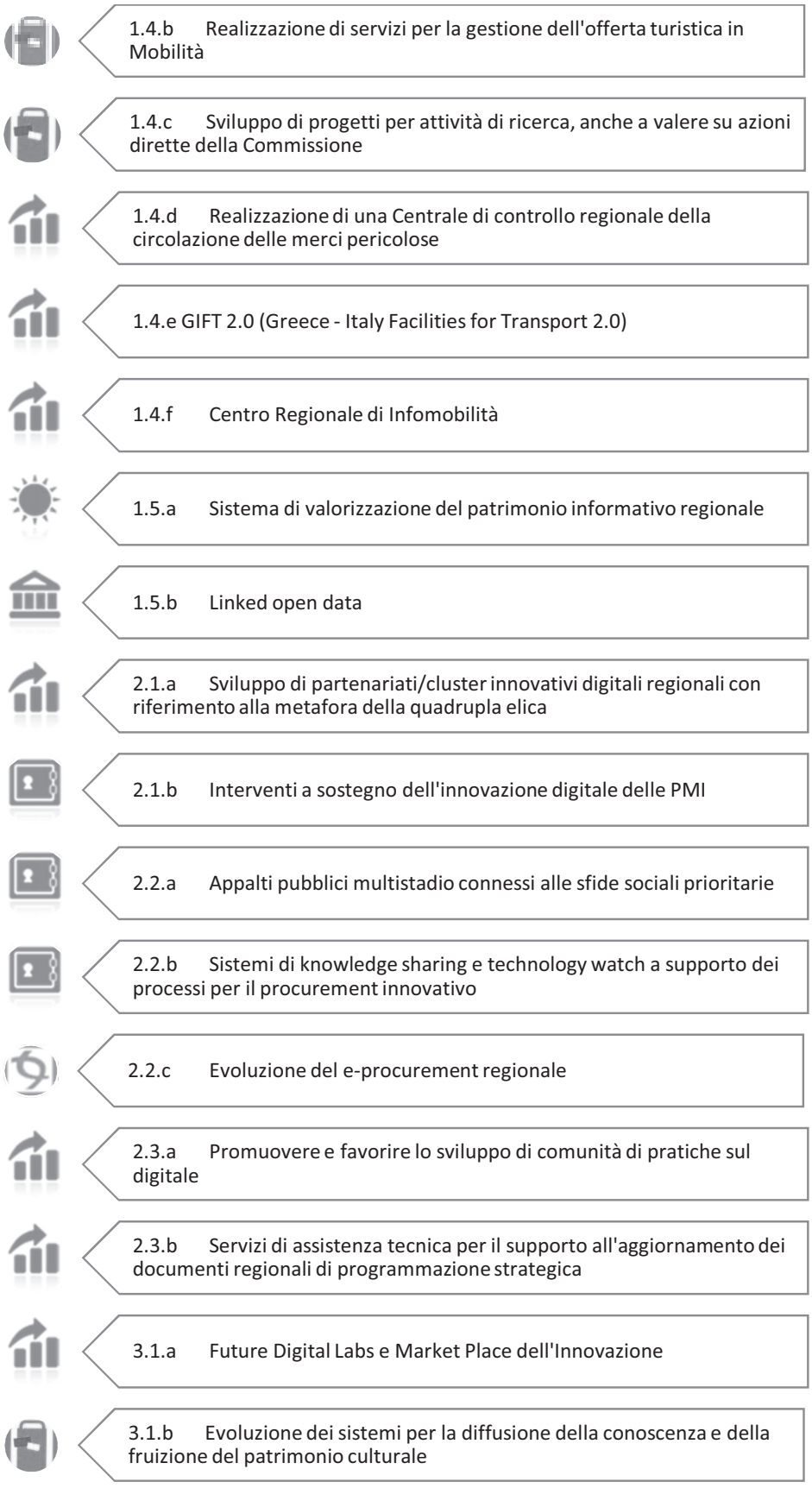
Linea 4

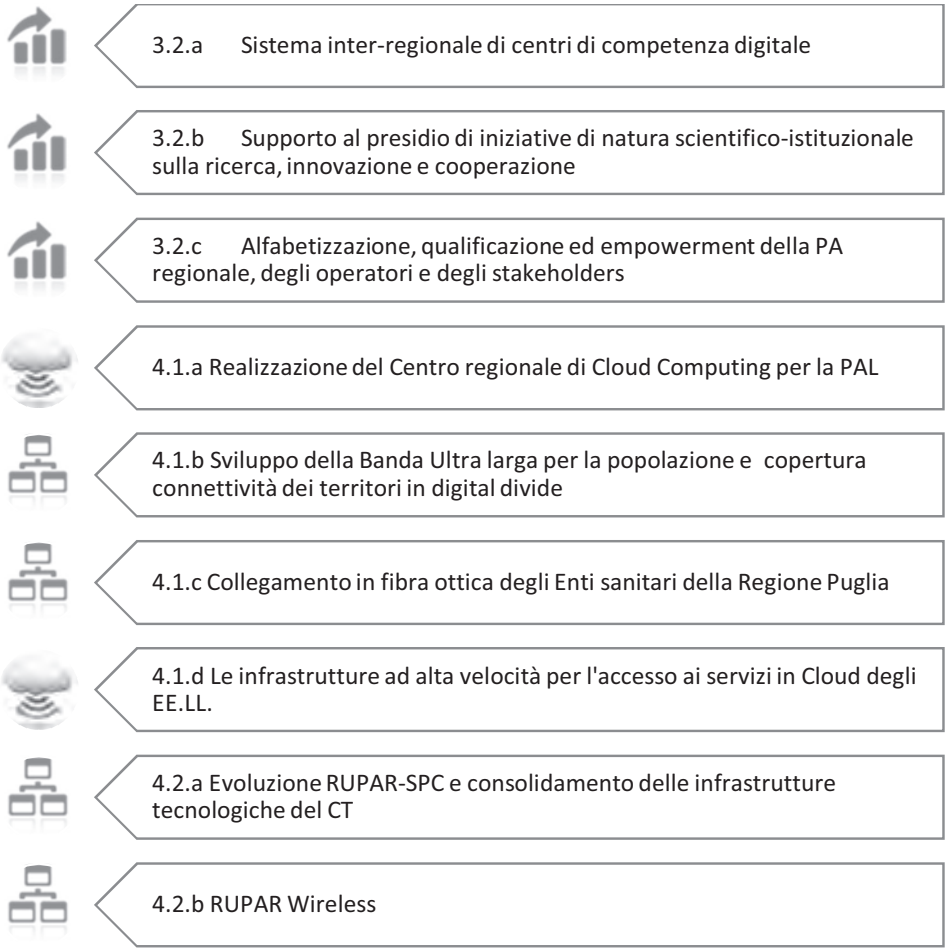
- **Azione 4.1** Concorrere all'attuazione del "progetto strategico agenda digitale per la banda ultra larga"
- **Azione 4.2** Consolidamento dell'infrastruttura tecnologica regionale

Ciascuna **Azione** è articolata in **un totale di 62 Attività**




1.3.a Servizi informativi e interattivi per cittadini, professionisti e imprese
1.3.b Digitalizzazione dei servizi e processi produttivi delle Aziende Sanitarie e organizzazioni del SSR
1.3.c Servizi per la conoscenza e il governo strategico del SSR
1.3.d Servizi di infrastrutturazione tecnologica e conduzione operativa dei sistemi informativi
1.3.e Sviluppo di banche dati e reti per il monitoraggio del Territorio
1.3.f Sistema di gestione del PPTR e dei procedimenti autorizzativi connessi
1.3.g Evoluzione tecnologica dell'infrastruttura di gestione della banca dati e dei servizi territoriali del SIT
1.3.h Sviluppo della componente urbanistica del SIT
1.3.i Monitoraggio del territorio agricolo, anche attraverso tecniche di telerilevamento da aereo/da satellite
1.3.j Potenziamento dei contenuti digitali del sistema informativo territoriale dell'agricoltura
1.3.k Sistema per la valorizzazione del demanio e del patrimonio pubblico regionale
1.3.l Ampliamento ed evoluzione della componente web dedicata alla gestione digitalizzata delle procedure PRAE
1.3.m Realizzazione del Portale delle aree protette regionali
1.3.n Ampliamento dei contenuti digitali della Digital Library regionale
1.3.o Sviluppo del portale della Valutazione Ambientale Strategica
1.3.p Ampliamento ed evoluzione del portale ambientale
1.3.q Progettualità correnti con carattere di propedeuticità
1.4.a Gli Smart Cultural Objects a supporto della Didattica 2.0.


1.4.b Realizzazione di servizi per la gestione dell'offerta turistica in Mobilità
1.4.c Sviluppo di progetti per attività di ricerca, anche a valere su azioni dirette della Commissione
1.4.d Realizzazione di una Centrale di controllo regionale della circolazione delle merci pericolose
1.4.e GIFT 2.0 (Greece - Italy Facilities for Transport 2.0)
1.4.f Centro Regionale di Infomobilità
1.5.a Sistema di valorizzazione del patrimonio informativo regionale
1.5.b Linked open data
2.1.a Sviluppo di partenariati/cluster innovativi digitali regionali con riferimento alla metafora della quadrupla elica
2.1.b Interventi a sostegno dell'innovazione digitale delle PMI
2.2.a Appalti pubblici multistadio connessi alle sfide sociali prioritarie
2.2.b Sistemi di knowledge sharing e technology watch a supporto dei processi per il procurement innovativo
2.2.c Evoluzione del e-procurement regionale
2.3.a Promuovere e favorire lo sviluppo di comunità di pratiche sul digitale
2.3.b Servizi di assistenza tecnica per il supporto all'aggiornamento dei documenti regionali di programmazione strategica
3.1.a Future Digital Labs e Market Place dell'Innovazione
3.1.b Evoluzione dei sistemi per la diffusione della conoscenza e della fruizione del patrimonio culturale



Legenda icone

Le 62 attività afferiscono alle **3 Aree funzionali del Sistema Informativo Regionale:**

VANTAGGI PER I CITTADINI

Il cittadino ha nuovi servizi interattivi dal Portale Regionale della Salute e accede alla propria storia clinica in rete, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

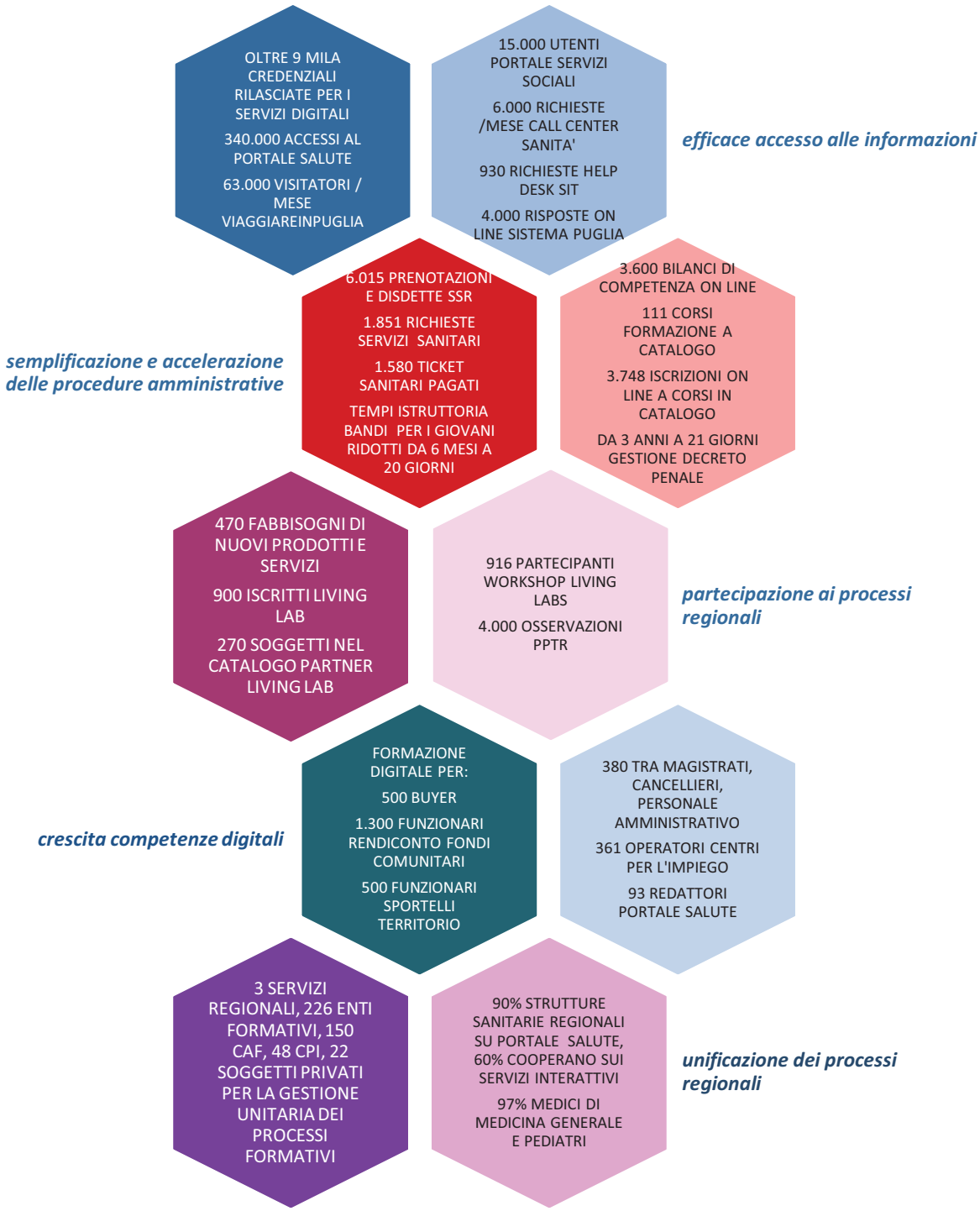
I medici che lo devono curare hanno a disposizione esami e prescrizioni che lo riguardano on line, così il paziente non deve più conservare analisi e cartelle mediche presso la propria abitazione.

Il cittadino ha informazioni e servizi telematici in particolari settori sanitari quali: lo Screening Oncologico, le Anatomie Patologiche, le vaccinazioni, i dipartimenti della salute, l'emergenza urgenza.

Coloro che hanno bisogno di prestazioni sociali e sociosanitari ricevono risposte e prestazioni in tempi più rapidi, grazie alla gestione telematica degli interventi.

Disoccupati e giovani in cerca di lavoro possono inserire il loro curriculum in una banca dati per l'incontro di domanda - offerta di lavoro su tutto il territorio e trovare i corsi di formazione più idonei al completamento del loro percorso professionale.

Il cittadino vede più facilmente riconosciuto il proprio diritto alla giustizia, grazie al sistema di giustizia digitale, esteso a tutto il territorio regionale, che ridurrà i tempi dei procedimenti.


OLTRE 9 MILA CREDENZIALI RILASCIATE PER I SERVIZI DIGITALI
340.000 ACCESSI AL PORTALE SALUTE
63.000 VISITATORI / MESE VIAGGIAREINPUGLIA
15.000 UTENTI PORTALE SERVIZI SOCIALI
6.000 RICHIESTE /MESE CALL CENTER SANITA'
930 RICHIESTE HELP DESK SIT
4.000 RISPOSTE ON LINE SISTEMA PUGLIA
efficace accesso alle informazioni
semplificazione e accelerazione delle procedure amministrative
6.015 PRENOTAZIONI E DISDETTE SSR
1.851 RICHIESTE SERVIZI SANITARI
1.580 TICKET SANITARI PAGATI
TEMPI ISTRUTTORIA BANDI PER I GIOVANI RIDOTTI DA 6 MESI A 20 GIORNI
3.600 BILANCI DI COMPETENZA ON LINE
111 CORSI FORMAZIONE A CATALOGO
3.748 ISCRIZIONI ON LINE A CORSI IN CATALOGO
DA 3 ANNI A 21 GIORNI GESTIONE DECRETO PENALE
470 FABBISOGNI DI NUOVI PRODOTTI E SERVIZI
900 ISCRITTI LIVING LAB
270 SOGGETTI NEL CATALOGO PARTNER LIVING LAB
916 PARTECIPANTI WORKSHOP LIVING LABS
4.000 OSSERVAZIONI PPTR
partecipazione ai processi regionali
crescita competenze digitali
FORMAZIONE DIGITALE PER:
500 BUYER
1.300 FUNZIONARI RENDICONTO FONDI COMUNITARI
500 FUNZIONARI SPORTELLI TERRITORIO
380 TRA MAGISTRATI, CANCELLIERI, PERSONALE AMMINISTRATIVO
361 OPERATORI CENTRI PER L'IMPIEGO
93 REDATTORI PORTALE SALUTE
3 SERVIZI REGIONALI, 226 ENTI FORMATIVI, 150 CAF, 48 CPI, 22 SOGGETTI PRIVATI PER LA GESTIONE UNITARIA DEI PROCESSI FORMATIVI
90% STRUTTURE SANITARIE REGIONALI SU PORTALE SALUTE, 60% COOPERANO SUI SERVIZI INTERATTIVI
97% MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI
unificazione dei processi regionali

VANTAGGI PER LE IMPRESE E I PROFESSIONISTI

Le imprese accedono a una Rete di sportelli telematici per la gestione delle procedure amministrative direttamente dal portale istituzionale della Regione Puglia, con un'unica login (single sign on).

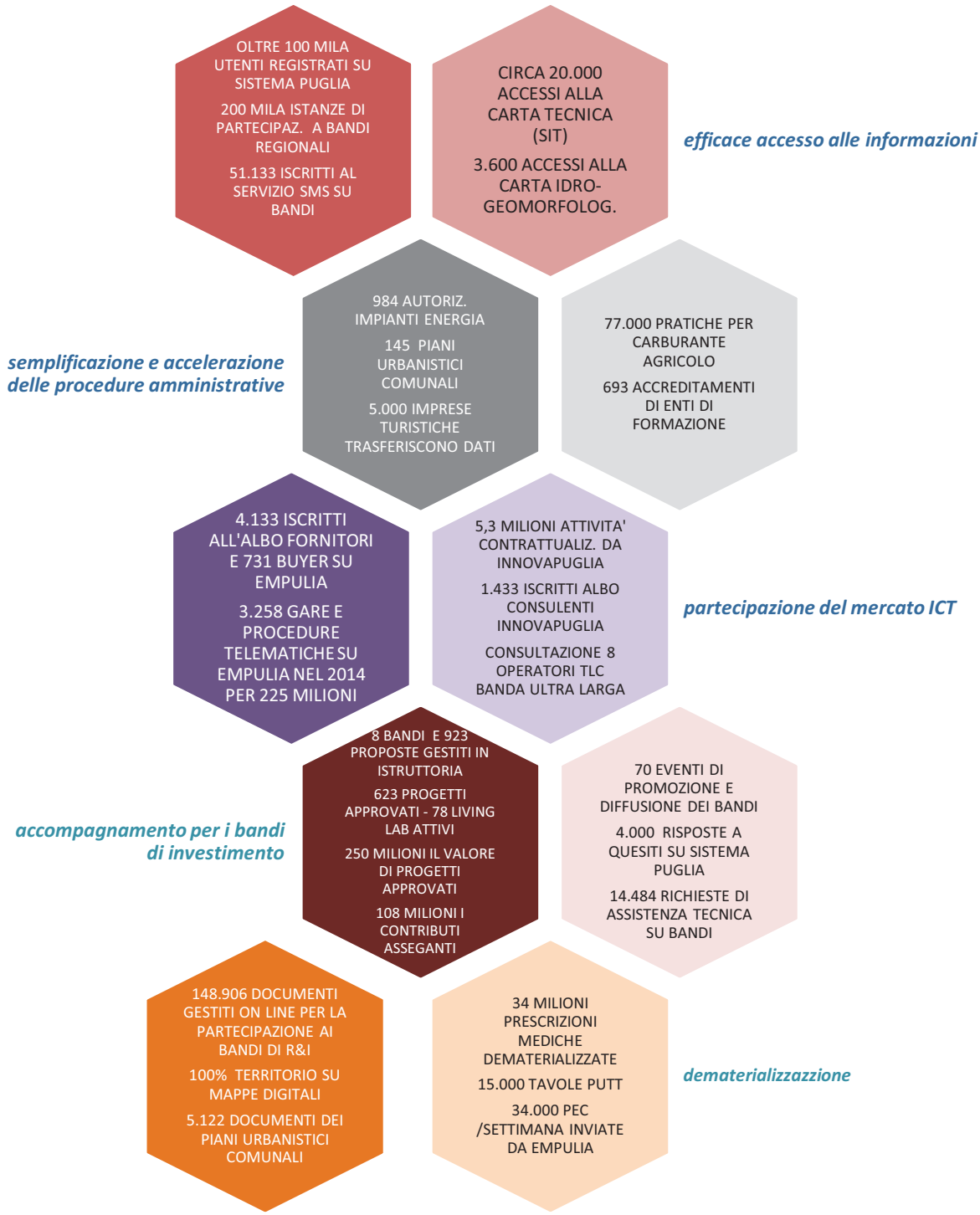
I professionisti hanno nuovi servizi del Sistema Informativo Territoriale (SIT) che permetteranno di migliorare il livello di conoscenza del territorio e dell'ambiente e di monitorarne i cambiamenti.

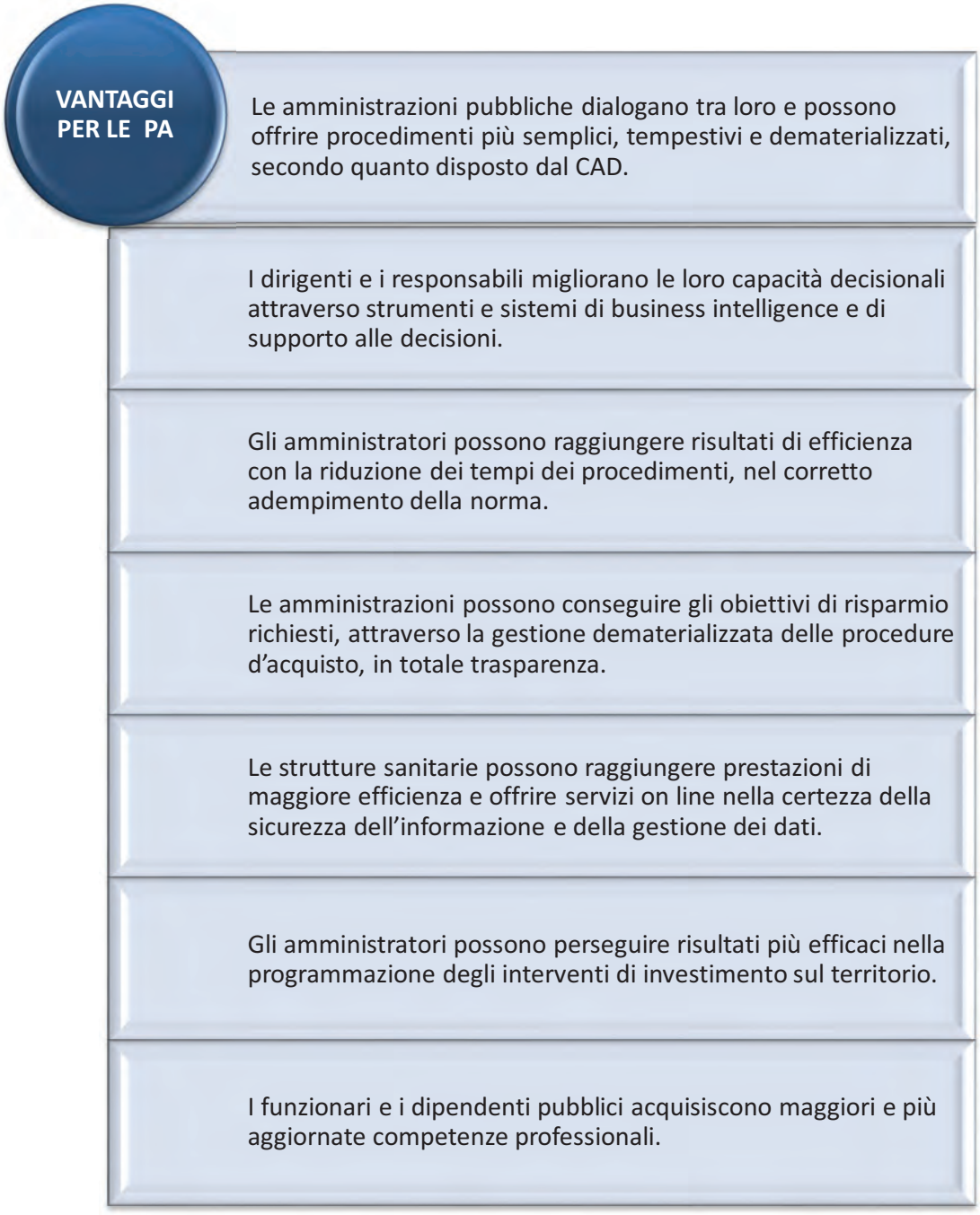
I medici hanno la storia clinica dei propri pazienti on line e accedono a tutte le informazioni utili a curare meglio i propri pazienti.

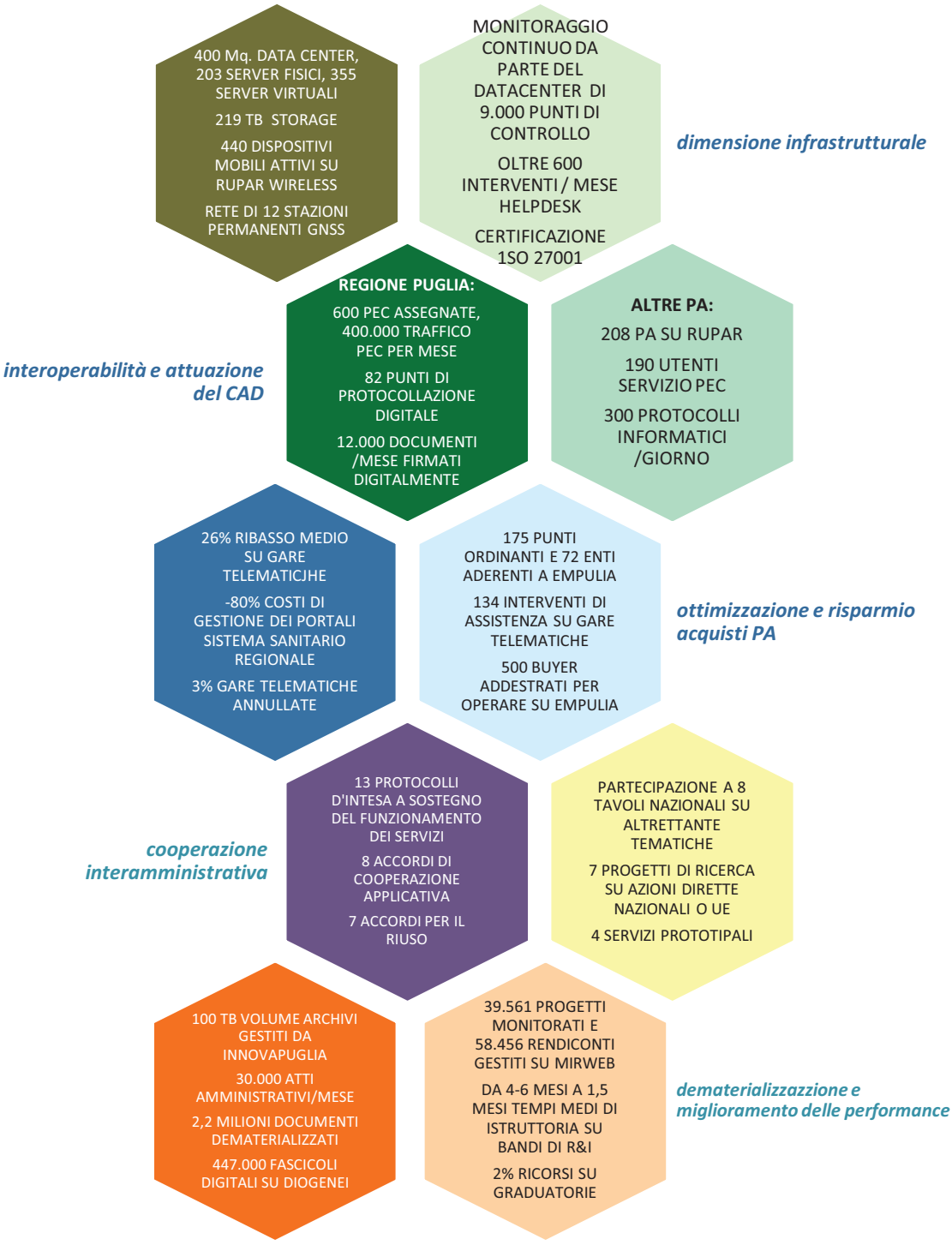
Gli uffici per l'impiego e i professionisti del settore lavoro hanno a disposizione una rete integrata di nuovi servizi per il lavoro, la formazione e l'orientamento, finalizzata anche al monitoraggio delle dinamiche occupazionali.

Gli avvocati e i magistrati comunicano tra loro più facilmente, grazie al fascicolo penale digitale, e gestiscono più rapidamente le pratiche dematerializzate.

Le strutture ricettive trasmettono i dati del movimento turistico, come richiesto dalla legge, in maniera telematica.


OLTRE 100 MILA UTENTI REGISTRATI SU SISTEMA PUGLIA
200 MILA ISTANZE DI PARTECIPAZ. A BANDI REGIONALI
51.133 ISCRITTI AL SERVIZIO SMS SU BANDI
CIRCA 20.000 ACCESSI ALLA CARTA TECNICA (SIT)
3.600 ACCESSI ALLA CARTA IDRO-GEOMORFOLOG.
efficace accesso alle informazioni
984 AUTORIZ. IMPIANTI ENERGIA
145 PIANI URBANISTICI COMUNALI
5.000 IMPRESE TURISTICHE TRASFERISCONO DATI
77.000 PRATICHE PER CARBURANTE AGRICOLO
693 ACCREDITAMENTI DI ENTI DI FORMAZIONE
semplificazione e accelerazione delle procedure amministrative
4.133 ISCRITTI ALL'ALBO FORNITORI E 731 BUYER SU EMPULIA
3.258 GARE E PROCEDURE TELEMATICHE SU EMPULIA NEL 2014 PER 225 MILIONI
5,3 MILIONI ATTIVITA' CONTRATTUALIZ. DA INNOVAPUGLIA
1.433 ISCRITTI ALBO CONSULENTI INNOVAPUGLIA
CONSULTAZIONE 8 OPERATORI TLC BANDA ULTRA LARGA
partecipazione del mercato ICT
8 BANDI E 923 PROPOSTE GESTITI IN ISTRUTTORIA
623 PROGETTI APPROVATI - 78 LIVING LAB ATTIVI
250 MILIONI IL VALORE DI PROGETTI APPROVATI
108 MILIONI I CONTRIBUTI ASSEGANTI
70 EVENTI DI PROMOZIONE E DIFFUSIONE DEI BANDI
4.000 RISPOSTE A QUESITI SU SISTEMA PUGLIA
14.484 RICHIESTE DI ASSISTENZA TECNICA SU BANDI
accompagnamento per i bandi di investimento
148.906 DOCUMENTI GESTITI ON LINE PER LA PARTECIPAZIONE AI BANDI DI R&I
100% TERRITORIO SU MAPPE DIGITALI
5.122 DOCUMENTI DEI PIANI URBANISTICI COMUNALI
34 MILIONI PRESCRIZIONI MEDICHE DEMATERIALIZZATE
15.000 TAVOLE PUTT
34.000 PEC /SETTIMANA INVIATE DA EMPULIA
dematerializzazzione


VANTAGGI PER LE PA
Le amministrazioni pubbliche dialogano tra loro e possono offrire procedimenti più semplici, tempestivi e dematerializzati, secondo quanto disposto dal CAD.
I dirigenti e i responsabili migliorano le loro capacità decisionali attraverso strumenti e sistemi di business intelligence e di supporto alle decisioni.
Gli amministratori possono raggiungere risultati di efficienza con la riduzione dei tempi dei procedimenti, nel corretto adempimento della norma.
Le amministrazioni possono conseguire gli obiettivi di risparmio richiesti, attraverso la gestione dematerializzata delle procedure d'acquisto, in totale trasparenza.
Le strutture sanitarie possono raggiungere prestazioni di maggiore efficienza e offrire servizi on line nella certezza della sicurezza dell'informazione e della gestione dei dati.
Gli amministratori possono perseguire risultati più efficaci nella programmazione degli interventi di investimento sul territorio.
I funzionari e i dipendenti pubblici acquisiscono maggiori e più aggiornate competenze professionali.


400 Mq. DATA CENTER, 203 SERVER FISICI, 355 SERVER VIRTUALI
219 TB STORAGE
440 DISPOSITIVI MOBILI ATTIVI SU RUPAR WIRELESS
RETE DI 12 STAZIONI PERMANENTI GNSS
MONITORAGGIO CONTINUO DA PARTE DEL DATACENTER DI 9.000 PUNTI DI CONTROLLO
OLTRE 600 INTERVENTI / MESE HELPDESK
CERTIFICAZIONE 1SO 27001
dimensione infrastrutturale
interoperabilità e attuazione del CAD
REGIONE PUGLIA:
600 PEC ASSEGNATE, 400.000 TRAFFICO PEC PER MESE
82 PUNTI DI PROTOCOLLAZIONE DIGITALE
12.000 DOCUMENTI /MESE FIRMATI DIGITALMENTE
ALTRE PA:
208 PA SU RUPAR
190 UTENTI SERVIZIO PEC
300 PROTOCOLLI INFORMATICI /GIORNO
26% RIBASSO MEDIO SU GARE TELEMATICJHE
-80% COSTI DI GESTIONE DEI PORTALI SISTEMA SANITARIO REGIONALE
3% GARE TELEMATICHE ANNULLATE
175 PUNTI ORDINANTI E 72 ENTI ADERENTI A EMPULIA
134 INTERVENTI DI ASSISTENZA SU GARE TELEMATICHE
500 BUYER ADDESTRATI PER OPERARE SU EMPULIA
ottimizzazione e risparmio acquisti PA
cooperazione interamministrativa
13 PROTOCOLLI D'INTESA A SOSTEGNO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI
8 ACCORDI DI COOPERAZIONE APPLICATIVA
7 ACCORDI PER IL RIUSO
PARTECIPAZIONE A 8 TAVOLI NAZIONALI SU ALTRETTANTE TEMATICHE
7 PROGETTI DI RICERCA SU AZIONI DIRETTE NAZIONALI O UE
4 SERVIZI PROTOTIPALI
100 TB VOLUME ARCHIVI GESTITI DA INNOVAPUGLIA
30.000 ATTI AMMINISTRATIVI/MESE
2,2 MILIONI DOCUMENTI DEMATERIALIZZATI
447.000 FASCICOLI DIGITALI SU DIOGENEI
39.561 PROGETTI MONITORATI E 58.456 RENDICONTI GESTITI SU MIRWEB
DA 4-6 MESI A 1,5 MESI TEMPI MEDI DI ISTRUTTORIA SU BANDI DI R&I
2% RICORSI SU GRADUATORIE
dematerializzazione e miglioramento delle performance

IL PIANO INDUSTRIALE VERSO AGENDA DIGITALE E PROGRAMMA OPERATIVO 2014-2020

È possibile offrire una lettura delle attività rispetto all'Agenda Digitale Regionale e agli Obiettivi tematici del PO 2014-2020. Il risultato restituisce la seguente **vista a matrice** declinata per **Aree funzionali [1], Agenda Digitale Regionale [2], Obiettivi Tematici del PO 2014-2020 [3] e Servizi regionali interessati [4]:**

OT2

ADR	Obiettivo specifico R.A. 2.1 Ridurre i divari digitali			Obiettivo specifico R.A. 2.2 Digitalizzare i processi amministrativi																											Obiettivo specifico R.A. 2.3 Potenziare la domanda di ICT di cittadini e imprese						
OT2 - Azioni	2.1 Interventi per la riduzione dei divari digitali nei territori e diffusione di connettività in banda ultralarga			2.2.I Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi e interoperabili per l'efficienza e la trasparenza della Pa								2.2.II Potenziamento del sistema regionale di datacenter e diffusione delle piattaforme di cloud computing regionali		2.2.III Interventi in ambito di sanità elettronica e telemedicina	2.2.IV giustizia digitale territoriale	2.2.V Turismo e Beni culturali		2.2.VI smart cities		2.2.VII Potenziamento di servizi, contenuti e applicazione per lo sviluppo sostenibile sovraterritoriale		2.2.VIII Evoluzione e potenziamento del sistema informativo regionale							2.3.I Sensibilizzazione all'uso e alla sperimentazione della banda larga e ultralarga presso cittadini e imprese		2.3.II Sviluppo di punti di accesso e laboratori per la cittadinanza digitale			2.3.III Smart Cultural Objects a supporto della Didattica 2.0.:	2.3.IV Living lab per lo sviluppo delle applicazioni e i servizi basati sugli open data	
Sistemi abilitanti	1.3.d	4.2.a	4.2.b	1.1.a	1.1.b	1.1.l	1.1.m	1.1.n	1.1.o	1.2.a	2.2.c			1.3.b		1.3.n		1.3.m	1.4.f	2.2.a	2.2.b	3.2.a	1.1.j	1.1.p	1.1.q	1.3.i	1.5.a			1.3.a	2.3.a		1.4.a	1.5.b	3.1.a
Servizi di dominio				1.1.g	1.1.h	1.1.i	1.2.b	1.3.l	2.3.b	3.2.c		1.3.e	1.4.d	1.3.c	1.1.c	1.1.k	1.4.b	1.3.o	1.3.p	1.4.c	1.4.e	3.2.b	1.3.f	1.3.g	1.3.h	1.3.j	1.3.k	1.3.q	2.1.b	1.1.d	1.1.e	1.1.f	3.1.b	2.1.a	
Potenziamento infrastrutturale	4.1.b	4.1.c	4.1.d									4.1.a																							

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali
- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informativo e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

OT1

OT1	Obiettivo specifico R.A. 1.1 Incrementare l'attività di innovazione nelle imprese					Obiettivo specifico RA 1.3 Promuovere nuovi mercati per l'innovazione		Obiettivo specifico RA 1.4:Aumentare l'incidenza di specializzazioni innovative in perimetri applicativi ad alta intensità di conoscenza	
OT1 - Azioni	1.1 Interventi di sostegno alle attività di R&S per lo sviluppo di nuove tecnologie sostenibili di nuovi prodotti e sevizi		1.2 Interventi di sostegno alla valorizzazione economica dell'innovazione e dell'industrializzazione dei risultati della ricerca	1.3 Interventi per l'innovazione e l'avanzamento tecnologico delle imprese		1.4 Interventi di promozione di nuovi mercati per l'innovazione		1.5 Interventi per la creazione e consolidamento di start up innovative	
Sistemi abilitanti	**3.2.a**			**2.2.b**	**2.3.a**	**3.1.a**	**2.2.a**	**3.1.a**	**1.5.b**
Servizi di dominio	**2.1.a**	**3.2.b**	**2.3.b**	**2.1.b**					
Potenziamento infrastrutturale									

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali
- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informativo e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

OT 11

OT11	Obiettivo specifico R.A. 11.1 Aumento della trasparenza e interoperabilità e dell'accesso ai dati pubblici			Obiettivo specifico R.A. 11.3 Miglioramento dlle prestazioni della pubblica amministrazione									Obiettivo specifico R.A. 11.6 Migliorare la governance multilivello	
OT11 - Azioni	11.1 Interventi per l'aumento della trasparenza e interoperabilità			11.2 Qualificazione ed empowerment delle istituzioni, degli operatori e degli stakeholders	11.3 Interventi per il miglioramento delle prestazioni della p.a.								11.6 Interventi per il miglioramento dell'attuazione del p.o.	
Sistemi abilitanti	**1.5.a**	**1.5.b**	**1.1.a**	**3.2.c**	**1.1.a**	**1.1.b**	**1.1.l**	**1.1.m**	**1.1.n**	**1.1.o**	**1.1.j**	**1.2.a**	**2.3.b**	**2.3.a**
Servizi di dominio				**2.2.b**	**1.1.d**	**1.1.e**	**1.1.f**	**1.1.g**	**1.1.h**	**1.1.i**				
Potenziamento infrastrutturale														

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali
- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informativo e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

Contestualmente, l'insieme delle attività può essere letto in termini di impatto sui tre target individuati - **imprese, cittadini e amministrazioni pubbliche** – con il risultato sintetizzato in tabella 1.

Tabella 1

Target Imprese	1.4.c 1.5.b 2.1.a 2.1.b 2.2.a 2.2.b 3.2.a 3.2.b 1.2.a 1.2.b 2.2.c 3.1.a 1.3.h 1.3.j 1.3.l 1.4.b 2.3.a 1.3.b 1.3.d 1.3.e 1.3.i 1.3.o 1.3.p 1.3.q 1.4.d 1.3.n 1.4.a 3.1.b	• Imprese innovative: con competenze tecnologiche di processo/prodotto • Imprese qualificate: in possesso dei requisiti per e-procurement • Start up: costituite da meno di 3 anni • Imprese tradizionali: i.e. Agricoltura, Edilizia, Commercio
Target Cittadini	1.1.b 1.1.c 1.1.n 1.1.k 1.3.a 1.3.m 1.4.f 1.5.a 4.1.b 4.2.b 1.1.e 1.1.d 1.1.f 1.3.b 1.3.d 1.3.e 1.3.i 1.3.o 1.3.p 1.3.q 1.4.d 1.3.n 1.4.a 3.1.b	Relativamente al target Cittadini si stima un focus su • Cittadino digitale: con competenze digitali di base • Cittadino fragile: anziani, malati cronici, disagio sociale • Giovani: problematiche del lavoro e della prima casa
Target Ammin. Pubbl.	1.1.a 1.1.g 1.1.h 1.1.i 1.1.j 1.1.l 1.1.o 1.1.p 1.1.q 1.3.f 1.3.g 3.2.c 4.1.d 4.2.a 1.3.c	In relazione al target Amministrazione pubblica si stima un focus su • Enti locali • Sistema regionale Alcune attività concorrenti tra i target sono inoltre previste

LE RISORSE [UMANE ED ECONOMICHE]

Le competenze digitali

A supporto dello sviluppo di politiche per l'innovazione in una regione che punta a essere attrattiva, competitiva, inclusiva, consapevole, responsabile, connessa e integrata[1] è necessario puntare su una *corporate governance* in grado di aderire meglio alla domanda di innovazione digitale del territorio.

I profili delle competenze di InnovaPuglia sono ormai da alcuni anni consolidati in un mix fatto di elevata specializzazione e ampia flessibilità, e risultano allineati al processo di business tipico di una società pubblica ICT, incentrandosi sulle seguenti funzioni:

[1] Smart Specialization Strategy – Smart Puglia 2020 Luglio 2014

Le risorse economiche

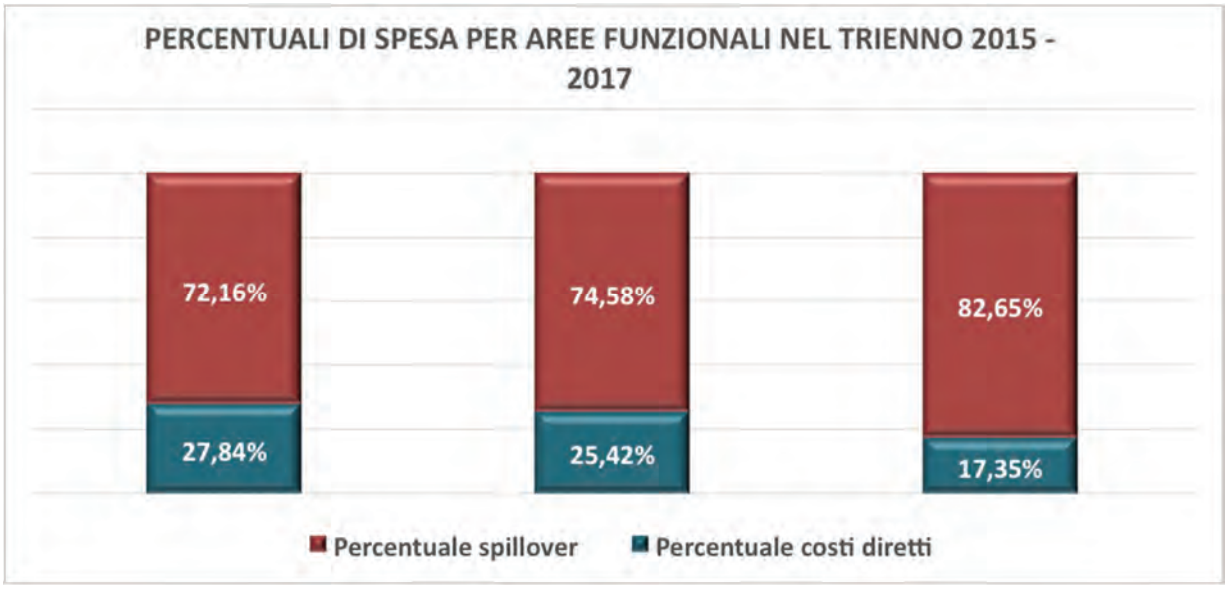
L'inviluppo economico totale previsionale, sulla base delle attività sviluppabili nel triennio 2015-2017, si attesta a un valore totale di **€ 166.860.966,21** e vede nel 2015, anno ponte tra l'attuale e la nuova programmazione, un incremento particolarmente significativo dello spillover industriale, pari al 74%, valore medio nel triennio, dovuto alle esternalizzazioni e all'acquisizione di risorse strumentali

PREVISIONE DI SPESA COMPLESSIVA PER ANNO [Tabella A]

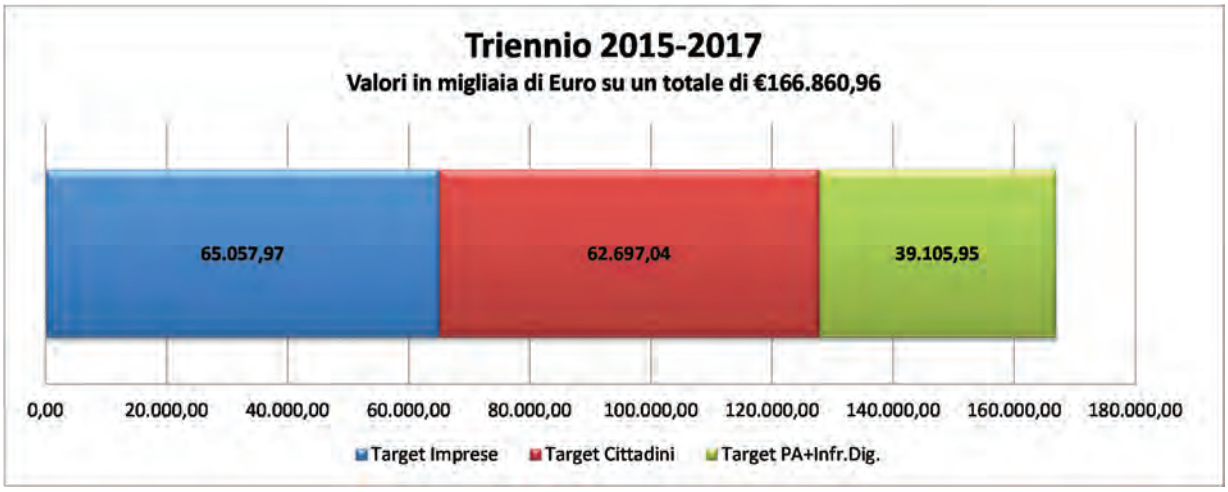
TIPOLOGIA DI SPESA	2015	2016	2017
Costi diretti	14.525.975,85	14.310.089,05	13.731.735,15
Spillover (Materiali, Attrezzature, Terzi)	48.432.629,79	35.696.740,97	40.163.795,40
TOTALE	62.958.605,64	50.006.830,02	53.895.530,55
INCIDENZA COSTI DIRETTI	23,07%	28,62%	25,48%
INCIDENZA SPILLOVER	76,93%	71,38%	74,52%

PREVISIONE DI SPESA PER AREE FUNZIONALI NEL TRIENNIO [Tabella B]

2015-2017	Sistemi Abilitanti	Servizi di dominio	Potenziamento infrastrutturale
Costi diretti	21.288.821,65	17.625.821,07	3.653.157,33
Spillover (Materiali, Attrezzature, Terzi)	55.184.962,85	51.703.648,68	17.404.554,63
TOTALE	76.473.784,50	69.329.469,75	21.057.711,96



In termini di impatto sui tre target identificati - **imprese, cittadini, amministrazione pubblica** – la previsione di spesa è stimata come riportata nella seguente figura:



La roadmap 2015-2017 del Piano Industriale

InnovaPuglia interpreta il ruolo affidato all'amministrazione pubblica, di garante di politiche pubbliche capaci di mettere in connessione fabbisogni del territorio e innovazioni di prodotti e servizi.

Con una modalità operativa tipica del modello living lab, saranno infatti organizzati tavoli stabili di confronto con il tessuto produttivo e con le organizzazioni che lo rappresentano. Periodicamente, saranno proposti da InnovaPuglia, incontri con le imprese e con i sistemi target dell'utenza finale in merito all'avanzamento della realizzazione del Piano nei quali attivare scambi di idee e di conoscenze con l'obiettivo di raccogliere indicazioni utili per meglio definire le nuove soluzioni tecnologiche previste nel ciclo di innovazione della PA da affidare, mediante gare pubbliche, al mercato produttivo regionale e nazionale.

L'innalzamento costante della qualità della domanda pubblica, vera e propria strategia costitutiva della programmazione e dell'azione di InnovaPuglia rafforzata dalle pratiche del modello living lab sarà da stimolo per le imprese (anche) del territorio spingendole a migliorare la loro offerta e, quindi, la loro competitività.

Siamo convinti che, specie in tema di innovazione, un ambiente favorevole al cambiamento, capace di interconnessione e dialogo, potenzierà il tessuto socio economico regionale, innalzerà il livello di innovazione del sistema Puglia e sarà misura efficace dello spillover generato.

IL PIANO INDUSTRIALE ATTIVITA' 2015-2017

1 NOTA INTRODUTTIVA

Il piano industriale 2015-2017 di InnovaPuglia intercetta la visione della Regione Puglia in tema di politiche dell'innovazione, concretizzandola in attività realizzative che definiscono elementi infrastrutturali e di strategia, utili a dimensionare, sul piano socioeconomico, il ritorno sociale sugli investimenti (SROI), degli investimenti pubblici in ICT, sulla base di un modello di sviluppo incentrato su un modello di business del tipo "service deployment and delivery"[2], coerenti con gli indirizzi fissati dall'Agenda Digitale e dalla Smart Specialization Strategy regionali.

2 GLI ASSET DI INNOVAPUGLIA

InnovaPuglia svolge il ruolo di supporto alla programmazione strategica per l'innovazione della Regione Puglia basandosi su dotazioni di conoscenza e di organizzazione, frutto dell'evoluzione delle capacità professionali e tecnologiche maturate nell'evoluzione della società.

Gli "asset" di InnovaPuglia, le risorse infrastrutturali, informative, umane e organizzative, sia dal punto di vista funzionale che da quello delle competenze, definiscono il patrimonio strategico della società. Essi costituiscono il background necessario per l'erogazione dei servizi all'utenza, coerente alle loro aspettative, funzionali e di qualità, e indispensabile per raggiungere gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità che sono alla base della scelta del socio Regione Puglia di dotarsi di una struttura interorganica per lo sviluppo strategico dell'ICT. Per descrivere gli "asset" principali sui quali poggia il processo di supporto alle politiche di innovazione della Regione è necessario introdurre quattro direttrici strategiche che identificheremo con *asset"x"fab*.

Un aspetto peculiare di un'organizzazione come InnovaPuglia è la capacità di strutturare nell'ambito generale della sua missione e in particolare nell'articolazione operativa del processo produttivo, il rapporto fra conoscenza e rappresentazione, tra l'acquisizione concettuale (noetica) e la sua rappresentazione simbolica (semiotica) esplicitando una funzione fondamentale per le dinamiche di sviluppo della società digitale, sintetizzabile nel "**pensiero computazionale**"[3] [asset1fab].

A questo primo asset va inoltre affiancato quello del sostegno e coinvolgimento di soggetti imprenditoriali esterni anche attraverso meccanismi innovativi di procurement pubblico che innescano processi di generazione di conoscenza e opportunità di sviluppo[4] socioeconomico, **"spillover industriale"** [asset2fab], a fronte di un percorso di programmazione e codifica (coding), che ne che detta le specifiche di affidamento al mercato.

Infine gli atri due asset, "l'**infrastruttura digitale** regionale**"** [asset3 fab], che rappresenta l'impianto architetturale abilitante, e il "**patrimonio informativo** distribuito**"** [asset4fab] sostengono rispettivamente,

---

[2] Mervat Adib Bamiah and Sarfraz Nawaz Brohi "Exploring the Cloud Deployment and Service Delivery Models" International Journal of Research and Reviews in Information Sciences

[3] Jeannette M.Wing in "Computational thinking and thinking about computing"

[4] Mariana Mazzuccato in "Lo Stato innovatore" – Laterza Editore

un processo di inclusione e partecipazione (no digital divide) e uno di trasparenza e democrazia digitale (open data).

Il pensiero computazionale

Nel disegnare le architetture infrastrutturali infotelematiche del futuro prossimo della nostra regione non è sufficiente la sola competenza tecnica tipica delle aziende ICT (produttori di oggetti concettuali) ma occorre sviluppare e possedere un patrimonio di semantiche (capacità di rappresentazione) utili a decodificare contemporaneamente all'utenza istituzionale e al cittadino la rappresentazione delle facilities sviluppate.

Il valore aggiunto di tale asset (asset1fab) si è evidenziato nel tempo attraverso una serie di performance che hanno costruito in maniera euristica lo stesso asset fino a un consolidamento modellistico riconosciuto in termini di **best practice** a livello nazionale ed europeo:

- Il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) della Puglia è nuovamente stato inserito tra i finalisti del PREMIO SMART CITY a SMAU MILANO 2014.
- Il Portale Regionale della Salute inserito nella short list dei progetti in lizza per l'assegnazione del Premio *Smart City Roadshow Puglia 2014*.
- Il programma LIVING LABS della Regione Puglia referenziato nella guida della Commissione europea *"The Digital Agenda Toolbox"* European Commission, Joint Research Centre, Institute for Prospective Technological Studies, EUR 26549 EN – 2014.
- Il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) premiato a SMAU BUSINESS BARI 2013 tra i 3 progetti più innovativi per lo sviluppo delle città intelligenti nel Sud Italia, Premio *Smart City Roadshow Puglia.*
- Il bando "Partenariati regionali per l'innovazione" della Regione Puglia è tra i progetti selezionati tra i programmi innovativi presentati al Forum del Comitato delle Regioni in Bruxelles nel dicembre 2011.
- InnovaPuglia è stata selezionata dall'Agenzia per la diffusione delle tecnologie per l'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri tra le organizzazioni del concorso "*L'Italia degli Innovatori*" edizione 2011-2012.
- La Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale (RUPAR) è riconosciuta, nell'ambito nazionale delle Società di Informatica Pubblica, come modello di riferimento per la qualità della progettazione tecnica.
- Al Sistema Informativo Territoriale (SIT) è stato assegnato nel 2008 il Premio Internazionale SAG (*Special Achievement in Geographic Information Systems*).
- EmPULIA, la Centrale Acquisti Territoriale (CAT) della Regione Puglia, a Forum PA 2009 ha ricevuto il premio "*Lavoriamo insieme*" del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.
- Il Portale regionale del Turismo viaggiareinpuglia è stato riconosciuto miglior sito italiano per il turismo *Bit Award 2009*, e miglior progetto di eGovernment del 2010 nella *categoria C - Turismo 2.0* (ex-aequo con Turismo Emilia Romagna - APT Emilia Romagna).
- Il Portale per lo sviluppo e la promozione del territorio e delle imprese Sistema Puglia a cui è stato assegnato il terzo posto dell'*eContent Award Italy 2010*, la competizione italiana per il miglior contenuto in formato digitale, nella categoria "*eGovernment and Institutions*", è risultato finalista in due delle tre sezioni della VII edizione (2011) del premio e-gov PA, la principale manifestazione in Italia per le eccellenze nella Pubblica Amministrazione (Una vita migliore e più semplice per i cittadini e gli utenti dei servizi, Enti che funzionano e costano meno).
- Il Sistema di gestione delle informazioni relative ai Fondi Strutturali (MIR WEB) che ha ricevuto valutazioni positive da parte degli auditor nazionali ed europei.
- Il Sistema di Informatizzazione e Innovazione della Procura di Lecce ritenuto dal Ministero della Giustizia il modello nazionale di riferimento su cui sarà sviluppata la giustizia digitale.
- EmPULIA, Centro acquisti per la PA e il SIT Sistema Informativo Territoriale sono stati selezionati dal Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione tecnologica (DDI)

della Presidenza del Consiglio dei Ministri, tra i progetti da inserire nella Banca Dati delle Buone Pratiche, realizzata nell'ambito delle attività del Progetto Operativo di Assistenza Tecnica - Società dell'Informazione (POAT-SI).

E' quindi opportuno descrivere alcune di tali esperienze per esplicitare nei fatti la valenza dell'asset. Partendo dall'assunto che i programmi di modernizzazione della amministrazione regionale poggiano in modo sostanziale sulla attuazione di un sistema di servizi ICT, trasversali alle differenti aree applicative e funzionali al raggiungimento di obiettivi di semplificazione, trasparenza, dematerializzazione, efficienza amministrativa, si evidenzia come:

- i servizi di **e-gov** messi a punto da InnovaPuglia, in linea con gli indirizzi nazionali dell'Agenda Digitale Italiana e con le raccomandazioni del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale), poggiano sulla infrastruttura di comunicazione **RUPAR Puglia** e garantiscono servizi di base quali PEC e firma elettronica, protocollo informatico, gestione documentale. Questi strumenti sono ormai ben radicati (*rappresentazione degli oggetti concettuali sviluppati*) nella operatività della Regione Puglia, come evidenziato anche dagli indicatori di utilizzo registrati, laddove l'efficacia e la tempestività con cui tali strumenti sono stati adottati sono in gran parte riconducibili all'azione di InnovaPuglia che ha garantito:
  - Un forte livello di sinergia e integrazione funzionale tra di essi e con i servizi applicativi verticali (ad esempio integrazione tra protocollo informatico e sistema di archiviazione e dematerializzazione Diogene, integrazione tra Protocollo informatico e IdP).
  - Un processo di adozione avviato dalla struttura amministrativa dell'Area Politiche per lo Sviluppo Economico, Lavoro e Innovazione e poi esteso agli altri Servizi regionali, e realizzato con una grande attenzione all'accrescimento culturale della macchina regionale.
  - Un continuo adattamento dei servizi alle modifiche organizzative attuate in ambito regionale come ad esempio l'attuazione del processo organizzativo GAIA.
  - Un'efficace azione di assistenza verso le amministrazioni utenti dei servizi, concretizzata in attività di addestramento, di supporto (help desk telefonico e via email, assistenza on-site), di e-learning.
  - Uno sviluppo dei servizi trasversali allineato con i paralleli sviluppi della componente infrastrutturale della RUPAR.

- Un altro ambito di modernizzazione dell'organizzazione regionale in cui si è sviluppata l'azione di InnovaPuglia è la gestione del **personale**. Integrato al sistema gestionale, messo a punto da un soggetto di mercato, a quello di gestione documentale e quello di ragioneria, la società ha realizzato il sistema di worktracking (rilevazione presenze) e il "fascicolo del personale" (Fapers) con cui ha dato un importante contributo ai processi di trasparenza e dematerializzazione dei procedimenti regionali.

- Anche nel campo del governo e della gestione del territorio, InnovaPuglia ha assunto, con la realizzazione del Sistema Informativo Territoriale (SIT), un ruolo rilevante nella diffusione della conoscenza del territorio regionale, nella semplificazione e nella trasparenza dei procedimenti amministrativi. Il SIT:
  - Integra e rende disponibili a enti locali, cittadini, professionisti e imprese, attraverso servizi online, importanti strati informativi basilari per la conoscenza del Territorio, quali coperture aeree/satellitari a elevata risoluzione, dati da Rete di Stazioni Permanenti GNSS (Global Navigation Satellite System), dati da stazioni sismiche, geodetiche e mareografiche, carta tecnica numerica, carte di uso del suolo, modello numerico del terreno, database topografico multiscala, banca dati catastale, censuaria e cartografica, indicatori multi temporali finalizzati a verificare le trasformazioni in atto sul territorio regionale, fogli catastali d'impianto, catasto degli impianti di energia da Fonti Rinnovabile (FER),

strumenti di pianificazione e di governo e gestione del territorio (PUTT/P, PPTR, Piano Regionale delle Coste, Piano di Tutela delle Acque, Piani di Gestione Aree Rete Natura2000, aree e siti non idonei all'installazione di specifiche tipologie di impianti per la produzione di energia da fonti rinnovabili, Carta dei Beni Culturali, ecc.), atti pianificatori adottati dai Comuni in adeguamento PUTT/P, aree protette, aree di produzione vitivinicola DOC, IGT, IGP, DOCG, autorizzazioni paesaggistiche, sotto forma di elenchi e di cartografia, documentazione inerente le modalità di esercizio della funzione delegata, prevista dall'art. 8 comma 5 della L.R. 20/2009 nonché dalla D.G.R. 2273/2009, immobili costituenti il demanio e il patrimonio regionale forestale, armentizio, irriguo, ferroviario, ecc.;

- Presenta specifici servizi e funzionalità finalizzati ad agevolare le fasi procedurali e valutative in relazione alla gestione di procedimenti amministrativi, quali, ad esempio: Autorizzazione Paesaggistica, Autorizzazione Unica, Verifica di compatibilità Piani Comunali delle Coste rispetto al Piano Regionale, Valutazione Ambientale Strategica VAS, ecc., individuazione di aree interessate dalle misure del PSR, ecc.);
- Promuove la diffusione dell'informazione e dei dati territoriali integrando e rendendo disponibili servizi di consultazione e interrogazione online, servizi di download, servizi WMS e di editing online;
- Promuove l'uso dell'informazione e di strumenti digitali attraverso la messa a disposizione di linee guida e istruzioni tecniche per l'informatizzazione di piani e progetti.

Rispetto alla iniziale prevalenza di attività centrate sul Servizio regionale Assetto del Territorio, l'evoluzione delle stesse, attraverso i programmi avviati nel 2013 (IDeA e progetti PO FESR 2007-2013 1.5.3), vede una costante crescita di servizi orientati anche ad altre Aree regionali quali Urbanistica, Ambiente, Demanio, Agricoltura, attribuendo al laboratorio SIT di InnovaPuglia un ruolo di punto di riferimento per il territorio e consentendogli un'esperienza che l'Agenzia per l'Italia Digitale si propone di proporre quale best practices a livello nazionale.

- **In campo sanitario**, con l'adozione del Piano per la Sanità Elettronica della Regione Puglia, approvato con DGR n 2005 del 22.12.2006, la Regione ha avviato un percorso di costruzione di una "rete" di sistemi informativi sanitari, tra loro complementari, nella quale gli stessi sistemi interagiscono per supportare al meglio i processi di lavoro di competenza sia dell'amministrazione regionale sia delle aziende e strutture sanitarie. Tale percorso è stato reso coerente e costantemente conforme con le norme, i piani strategici e le linee guida emanate a livello nazionale e recentemente con gli obiettivi dell'Agenda Digitale Italiana. In tale contesto si colloca l'azione e quindi il contributo di InnovaPuglia che garantisce ai vari attori del SSR l'assistenza tecnica per una efficace applicazione delle tecnologie telematiche, alla luce dell'esperienza pregressa che risale al 2000 nello sviluppo e realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR). InnovaPuglia è attualmente impegnata nel consolidamento del *Centro Servizi per la Sanità Digitale* della Regione Puglia dove alla progressiva convergenza funzionale dei differenti servizi (si pensi, ad oggi, alla integrazione tra SIST, EDOTTO e Portale Regionale della Salute) fa riscontro anche una omogeneizzazione della infrastruttura abilitante, con aspetti legati, tra l'altro, a:
    - Valorizzazione della RUPAR e delle sue procedure di sicurezza informatica;
    - Adozione di modalità condivise per l'identificazione dell'utenza e l'accesso ai servizi (dall'uso della CNS [Carta Nazionale dei Servizi] emessa dalla Regione Puglia per l'identificazione certa degli operatori sanitari e per l'uso della firma digitale sui documenti sanitari, fino alla utilizzazione del servizio Identity Provider per il single sign-on per utenti di tutti i siti della PA regionale);
    - Utilizzo dei servizi di base comuni all'intera infrastruttura ICT regionale (protocollo informatico, PEC, gestione documentale,…);
    - Convergenza a livello di portali.

- Sempre valorizzando, pertanto, le tecnologie e le competenze aziendali (GIS, telematica, ITS,…), avvalendosi di differenti strumenti programmatici e interagendo con le strutture regionali competenti, InnovaPuglia ha messo a punto un insieme di servizi nell'ambito della **Protezione Civile** che permettono:
  - La gestione unificata dei piani di protezione civile predisposti dagli EE.LL. (reso operativo nell'ambito dei servizi specializzati garantiti dal sistema SIT Puglia);
  - Il supporto alla gestione in-situ delle emergenze, attraverso la dotazione di terminali specializzati sui mezzi di soccorso (in particolare dei VV.FF.) in connessione telematica con la centrale operativa della protezione civile (progetto *RUPAR Wireless*);
  - La gestione sicura della circolazione di merci pericolose sul territorio regionale, attraverso il monitoraggio dei mezzi; una pianificazione (condivisa con gli operatori privati e basata anche sul SIT Puglia) dei flussi, in modo da ridurre i rischi; un supporto alle decisioni per la gestione in tempo reale delle emergenze (incidenti, ingorghi stradali,…) (progetto *TRAMPER cofinanziato da PON Reti e Mobilità*).

  In una logica di evoluzione funzionale dei servizi di protezione civile e di loro progressiva integrazione nel quadro del Sistema Informativo Regionale della Regione Puglia (SIR-RP), è in fase di avvio un progetto (SINAPSI [Sistema Integrato di Analisi, Previsione, Sorveglianza e Informazione, finanziato su Azione 1.5.3) destinato alla evoluzione degli strumenti informativi e decisionali attualmente in uso presso la Protezione Civile regionale. In particolare l'evoluzione è centrata sulle modalità di raccolta, organizzazione, integrazione e presentazione dell'informazione (*rappresentazione*), per un più efficace governo delle emergenze; sulle modalità di condivisione di tali contenuti (*oggetti concettuali*), per una più efficace cooperazione con gli altri attori territoriali di gestione delle emergenze; sulla evoluzione dei sistemi di comunicazione, puntando a condivisioni in modalità conferenza anche in condizioni di totale assenza delle linee di comunicazioni terrestri, mediante una infrastruttura di backup satellitare a larga banda.

- Anche l'attuazione, a livello regionale delle **politiche di sviluppo rurale** (PSR) trova un supporto nell'asset del pensiero computazionale attraverso i servizi messi a punto ed erogati da InnovaPuglia. A partire, infatti, dal portale del PSR Puglia (nell'ambito del più ampio *Sistema Informativo Agricolo della Regione Puglia, SIARP*), le aziende agricole hanno accesso a una pluralità di strumenti informativi oltre che procedurali per l'inoltro delle domande di finanziamento (nel contesto del Piano di Miglioramento Aziendale, PMA Puglia) e per l'accesso al servizio di gestione degli incentivi fiscali per le imprese agricole (es: carburanti ad accisa agevolata) (*portale UMA*). Da parte loro gli organismi regionali competenti sono supportati nella gestione dell'iter di attuazione dei finanziamenti, avvalendosi di opportuni strumenti di cooperazione applicativa con l'AGEA cui compete la gestione del fascicolo aziendale oltre che lo svolgimento di un ruolo diretto nella attribuzione dei finanziamenti, nella certificazione della spesa, nel pagamento delle erogazioni. A partire dagli attuali strumenti, maggiormente orientati ad aspetti gestionali delle politiche pubbliche di fonte regionale, InnovaPuglia ha in atto lo sviluppo di nuovi servizi che, soprattutto grazie a una più efficace integrazione e sinergia con altri strumenti (il SIAN e, soprattutto, e il SIT Puglia), risultano funzionali a una lettura più comprensiva della realtà produttiva primaria pugliese laddove un monitoraggio anche della componente spazializzata dei fenomeni (*oggetti concettuali* per: mapping dell'uso del suolo, trend temporali, conoscenza degli elementi caratterizzanti il paesaggio rurale, caratterizzazione degli interventi finanziati,…) permette di incrociare anche le altre politiche del territorio (ambiente, paesaggio, …) e contribuire a una più efficace comprensione (*rappresentazione*) delle politiche pubbliche del settore.

- Altro ambito di impatto dell'asset è stato quello relativo alla **Programmazione & Finanza Regionale**. Infatti la capacità di monitoraggio e controllo dell'andamento della spesa pubblica regionale risulta essenziale sia nella prospettiva della migliore utilizzazione dei fondi comunitari, sia nella prospettiva di una governance efficace della Amministrazione regionale, anche alla luce dei vincoli posti dalla legislazione nazionale (patto di stabilità). Il sistema di servizi realizzato e gestito da InnovaPuglia ha, sinora, supportato la Regione Puglia principalmente negli aspetti gestionali interni all'amministrazione. Da un lato, infatti, sul fronte della attuazione degli interventi programmati sui fondi FESR e FSE, il sistema *MIR / MIRWEB* è lo strumento chiave di supporto ai differenti organismi regionali coinvolti nella catena di monitoraggio, rendicontazione, valutazione, certificazione degli interventi finanziati su FESR/FSE 2007/2013, oltre a garantire i previsti flussi informativi verso gli organi centrali (MEF-RGS-IGRUE). Alimentato da Regione Puglia e beneficiari, il sistema risulta integrato con *Sistema Puglia* che vi convoglia automaticamente i dati di spesa gestiti dal portale per le imprese. D'altro canto, *l'Osservatorio per la Finanza Locale (OFIL),* in fase di avvio operativo, attraverso le sue funzionalità di raccolta e analisi della spesa agisce come piattaforma di supporto per la verifica del rispetto del patto di stabilità. L'evoluzione in atto nei servizi messi a punto da InnovaPuglia in questo ambito vede il superamento di una prospettiva puramente gestionale per dotare, quindi, le strutture regionali di strumenti di *business intelligence*, tanto sul versante dei fondi strutturali, tanto nella più ampia prospettiva del bilancio regionale, includendo, in questo, anche gli altri soggetti della Amministrazione regionale "allargata" (Agenzie, Società partecipate, altri Organismi [SSR,..]), a valle di una opportuna omogeneizzazione dei bilanci delle differenti strutture. La prospettiva è quella di realizzare cruscotti direzionali in grado di fornire con tempestività gli elementi per una valutazione della efficacia ed efficienza della spesa. Sempre in logica evolutiva va sottolineata anche l'integrazione di tali sistemi all'interno del previsto *Sistema Informativo Regionale SIR-RP.*

- Sul fronte del **Turismo & Beni Culturali** nell'ultimo decennio la Regione Puglia ha messo in atto numerosi interventi in tema di Società dell'Informazione per sostenere la propria politica turistica, avvalendosi, di InnovaPuglia. Il disegno strategico definito ha portato, nel tempo, allo sviluppo del *Sistema Informativo Regionale Turistico* (SIR-TUR), le cui disposizioni operative e di gestione sono state adottate dalla Giunta Regionale con DGR 2799/2012 e s.m.i. Si tratta di un'infrastruttura tecnologica e di servizi, funzionale alla comunicazione e alla promozione del settore turistico e alla costituzione del network regionale del Turismo, caratterizzata da:
  - Unico archivio dati di settore, a livello regionale.
  - Applicativi informatici (*oggetti concettuali*) disponibili a diversi livelli istituzionali (Assessorato, ARET Pugliapromozione, Osservatorio Turistico) e agli operatori del settore: a) Gestione dell'offerta ricettiva (Anagrafe Strutture Ricettive e Balneari); b) Gestione rilevazione e analisi movimentazione turistica (SPOT – Sistema Puglia per l'Osservatorio Turistico); c) Gestione delle attività di promo-commercializzazione turistica (DMS - Destination Management System).
  - Portale Turistico Regionale (*rappresentazione*) – viaggiareinpuglia.it.

Rispetto agli operatori, Il SIRTUR si caratterizza per la disponibilità di servizi che consentono l'invio telematico delle comunicazioni relative a prezzi e servizi delle strutture, in ottemperanza alla legge regionale n. 29/1994; l'invio telematico dei dati di movimentazione statistica, in ottemperanza all'art. 9 della legge regionale n. 18/2012 e all'art.6 della legge regionale n.26/2013; l'adesione telematica alle attività di comunicazione e promozione on e off line attivate da Pugliapromozione e dalla Regione. Rispetto agli organi istituzionali, la disponibilità tempestiva e puntuale di dati sui flussi turistici e sulla composizione dell'offerta pone, in particolare, *l'Osservatorio sul Turismo* nelle condizioni di poter attuare analisi su cui basare politiche regionali più efficaci. Ma il punto di forza, confermato da vari riconoscimenti, è *il Portale Turistico Regionale*

viaggiareinpuglia.it che si caratterizza come efficace strumento di disseminazione, con una offerta di informazioni (le funzioni di redazione competono all'ARET) e di modalità di fruizione particolarmente ampia ed evoluta, applicazioni di info-mobilità che utilizzano anche gli strumenti della realtà aumentata, audio/video guide, una community di utenti (web 2.0): caratteristiche che rendono il portale turistico regionale una best practice a livello nazionale. Particolarmente significativi sono gli sviluppi che vedono la convergenza tra i servizi dedicati al turismo con le iniziative in atto nel campo dei **Beni Culturali**: prima fra tutte la realizzazione della *Digital Library della Regione Puglia***,** ovvero un archivio digitale, integrato con i Portali regionali, destinato ad accogliere i contenuti digitali e multimediali riguardanti la cultura, la storia, la letteratura, la musica, il territorio, l'ambiente e le immagini della Puglia. Questa infrastruttura potrà fornire a tutti coloro che, nei modi più diversi utilizzano contenuti riferibili alla cultura, risorse digitali facilmente accessibili, di qualità certificata e, per quanto possibile, senza oneri di accesso e di trasformazione. Si tratta quindi di un progetto regionale di produzione di **open data** in ambito culturale che renderà digitalmente disponibile a tutti coloro che operano nella complessa filiera dei servizi turistici il patrimonio culturale della Regione, considerato in una definizione ampia ed inclusiva. Non meno rilevante l'iniziativa finalizzata a far evolvere la *Carta dei Beni Culturali della Regione Puglia*, prodotta nell'ambito dell'attività di redazione del PPTR, al fine di renderla uno strumento conoscitivo, interamente interoperabile con l'ICCD, per tutti i potenziali fruitori, cittadinanza attiva, professionisti, studiosi, operatori del settore, oltre che per la Regione Puglia con particolare riferimento *all'Area Politiche per la Promozione del Territorio, dei talenti e dei saperi* e il MIBACT e le sue relative articolazioni regionali.

- Per quanto riguarda **il Welfare** l'attuazione, da parte della Regione Puglia, delle proprie politiche attive passa, oltre che dalla disponibilità di adeguate dotazioni finanziarie per gli interventi sul territorio, anche dalla esistenza di opportuni servizi e strumenti informativi di supporto. Nell'ambito dei Servizi Sociali InnovaPuglia ha, pertanto, realizzato e avviato all'operatività una pluralità di servizi a supporto, in particolare funzionali a :
  - Gestire, in modo unitario a livello regionale, i registri delle strutture socio-assistenziali autorizzate al funzionamento nei differenti ambiti di intervento (nell'ordine delle migliaia di strutture, a fronte, comunque, di autorizzazioni rilasciate a livello comunale);
  - Gestire gli avvisi destinati ad erogare i contributi regionali alle differenti tipologie di utenza interessate dalle politiche regionali del welfare (minori / disabili / anziani / malati in gravi condizioni / ..) . Il servizio permette la gestione telematica di tutto l'iter (presentazione delle domande / valutazione di ammissibilità / monitoraggio intervento) in modo da incrementare l'efficienza del processo (in particolare attraverso l'integrazione dei differenti attori territoriali coinvolti a vario titolo nei processi socio-assistenziali) e la sua trasparenza;
  - Raccogliere e analizzare statisticamente la totalità dei dati raccolti attraverso registri e interventi, in modo da sostenere una più efficace programmazione degli interventi regionali in materia.

- Sul fronte del **Lavoro e della Formazione Professionale** i sistemi realizzati puntano a erogare un insieme coordinato di servizi telematici funzionali, da un lato, a garantire un sistema di offerta formativa che sia trasparente ed efficace, quindi realmente basato sulla qualità e legato alle opportunità di sviluppo del territorio, dall'altro, a sostenere in modo efficace l'incontro Domanda / Offerta di lavoro. Più nello specifico, i servizi specialistici erogati per la Formazione Professionale operano, in maniera integrata, per l'accreditamento e il monitoraggio operativo degli Enti formativi oltre che sulla creazione di un catalogo di offerta formativa, coerente con i fabbisogni del territorio (attraverso l'adozione di un repertorio delle

figure professionali) e che rappresenta un riferimento obbligato per l'attività degli stessi Enti formativi. Rispetto all'incrocio Domanda / Offerta di lavoro, i servizi sviluppati puntano a rivitalizzare i servizi pubblici per l'impiego attraverso una evoluzione dei servizi di sportello sinora erogati dai Centri per l'Impiego. Superando, pertanto, la dimensione essenzialmente amministrativa finora legata all'uso del Sistema Informativo del Lavoro (SIL) (basato su nodi provinciali e regionale), i nuovi servizi assumono maggiormente funzioni di orientamento e incrocio Domanda / Offerta, in particolare attraverso l'adozione di un modello di bilancio delle competenze coerente con i differenti schemi di riferimento nazionali (quindi in grado di rendere "visibile" il lavoratore all'intera realtà nazionale) oltre che di un "libretto formativo" (con traccia della formazione certificata fruita dal lavoratore), il tutto per rendere più efficace, appunto, l'incrocio tra i fabbisogni delle imprese e le competenze disponibili.

- Effetti oggettivi di ricaduta dell'asset si evidenziano infine nel sistema della **Giustizia**, con i suoi ben noti problemi di sovraccarico di procedimenti e di ingorghi procedurali, che può evidentemente ottenere importantissimi benefici da una efficace adozione delle tecnologie informatiche. Rispetto a uno scenario nazionale che vede iniziative centrate principalmente sull'utilizzo della *Rete Unitaria della Giustizia (RUG, in ambito RUPA),* di alcuni sistemi quali PASS, POLISWEB, UNEP, Sistema delle Notifiche Penali Telematiche oltre che per l'esistenza di standard tecnologici definiti dal Ministero della Giustizia, la Regione Puglia, attraverso InnovaPuglia, ha sostenuto iniziative volte alla digitalizzazione dei procedimenti giudiziari e all'erogazione di servizi a cittadini e operatori di Giustizia con modalità innovative. Operando inizialmente in collaborazione con la Procura di Lecce e avvalendosi anche del contributo di società di mercato, InnovaPuglia ha sviluppato e messo a regime un sistema documentale (denominato *AURORA*) per la dematerializzazione del fascicolo del Pubblico Ministero relativo alle indagini preliminari. La sua estensione agli uffici del GIP, GUP e Riesame permette di disporre di un unico sistema integrato per tutti gli Uffici di Giustizia che interagiscono con il fascicolo delle indagini preliminari. D'altra parte il fascicolo viene reso accessibile, tramite il Portale della Procura, agli operatori, con modalità telematiche che comportano evidenti benefici in termini di efficienza degli Uffici di Giustizia regionali, di riduzione dei costi, di riduzione dei tempi di espletamento delle procedure giudiziarie, oltre che di innalzamento del livello di sicurezza, con specifico riferimento alle esigenze di privacy e segretezza proprie del contesto penale. La soluzione è stata quindi estesa ad altre Procure regionali e, comunque, è stata individuata dal *Ministero di Giustizia* (cui è stata concessa in riuso) come **Sistema documentale di riferimento per gli Uffici di Giustizia italiani**.
  E' stato, inoltre realizzato un sistema di knowledge management (denominato *GNOSIS*) quale sistema di supporto alle indagini al servizio dei PM, attraverso il governo delle diverse informazioni trattate (DAP, Casellario Giudiziario, Ministero degli Interni, gestori di telefonia, testate giornalistiche, Aci, sistema Re.Ge., fascicolo digitale della Procura, DB delle concessioni dei benefici carcerari, DB dei collaboratori di giustizia ecc.), legandole e correlandole con i dati del fascicolo e realizzando il *Data Warehouse della Procura della Repubblica:* il PM accede ed effettua l'analisi delle informazioni presenti sul Data Warehouse, con la possibilità di crearsi autonomi percorsi investigativi i cui risultati, una volta memorizzati, costituiscono a loro volta fonte informativa per successive attività di indagine. InnovaPuglia sta, inoltre, garantendo l'adeguamento dell'infrastruttura tecnologica degli uffici giudiziari regionali e il dispiegamento, presso gli Uffici regionali, dei sistemi applicativi ministeriali, anche attraverso una adeguata formazione del personale coinvolto. Pur nella pluralità degli ambiti tematici si sottolinea come le modalità di interazione stiano portando a superare la frammentazione per andare nella direzione di un vero e proprio "sistema" dei servizi che configuri un Sistema Digitale Regionale.

L'ecosistema industriale lo spillover industriale

L'azione di InnovaPuglia, oltre a incentrarsi sui processi produttivi interni, guarda al coinvolgimento operativo di soggetti imprenditoriali esterni per competenze esecutive affidate su criteri di mercato e attraverso meccanismi innovativi di procurement pubblico in gran parte già consolidati nell'esperienza aziendale.

Sul piano operativo InnovaPuglia svolge un ruolo proattivo verso l'ecosistema industriale ICT regionale attraverso:

1. La gestione degli incentivi, in qualità di Organismo Intermedio della Regione Puglia, supportando l'Ente nella elaborazione dei bandi pubblici e nel monitoraggio delle misure e dei programmi finanziati, definendo in questo modo linee di orientamento tecnico-industriale che conseguentemente generano sul territorio nuove capacità produttive sincrone con la domanda di innovazione locale.

2. Gli affidamenti esterni che coinvolgono le competenze produttive territoriali più avanzate nell'implementazione delle piattaforme per i servizi e delle infrastrutture tecnologiche progettate e sviluppate da InnovaPuglia e/o direttamente richieste dalla Pubblica Amministrazione (e-procurement).

3. Il coinvolgimento delle imprese in azioni di partenariato pubblico-privato (es: modello Living Labs, PCP) che avvicinano l'offerta tecnologica industriale alla domanda territoriale di innovazione sviluppando comunità di pratica e consentono di sperimentare nuovi processi di governance delle politiche dell'innovazione basati sulla "quadrupla elica".

Tutto ciò si traduce in un effetto **spillover** secondo l'accezione più vera rappresentata da tutte quelle idee, know-how, conoscenze che vengono trasferite "a costo zero" tra le imprese del sistema economico, producendo dal punto di vista econometrico, un incremento del tasso di crescita della produttività totale dei fattori (qualità della forza lavoro, miglioramento dell'organizzazione produttiva, aumento della conoscenza tecnico-scientifica) con una serie di esternalità positive, generate dalle azioni di proattività verso il tessuto imprenditoriale regionale.

Si è sviluppato e consolidato pertanto un vero e proprio asset aziendale (asset2fab) con la necessità prioritaria di ottimizzare gli investimenti pubblici in ICT in termini di ROI distribuito tra cittadini e imprese. Salvaguardando contemporaneamente il contenimento della spesa e la qualità degli investimenti InnovaPuglia ha generato nel tessuto produttivo locale una capacità avanzata di *supply chain* basata sulle linee di indirizzo tecnologico sviluppate a partire dalle indicazioni programmatiche regionali. Tale generazione di spillover industriale ha costruito una relazione stabile tra pubblica amministrazione e tessuto produttivo che, pur in una logica di mercato competitivo, ha risposto e continua a rispondere con un'offerta tecnologica sempre allo stato dell'arte e coerente.

In tale direzione due ambiti operativi hanno caratterizzato il relazionamento sui temi delle tecnologie avanzate e sul rapporto con la domanda locale di innovazione:

- **Sostegno all'innovazione delle imprese.** L'Area delle Politiche per lo Sviluppo Economico, il Lavoro e l'Innovazione, con i suoi requisiti, da un lato, di efficacia, efficienza e trasparenza nei rapporti con il sistema delle imprese, dall'altro, di capacità di orientamento e stimolo dello stesso sistema produttivo verso obiettivi di ricerca e innovazione, rappresenta una delle aree più sfidanti dal punto di vista del potenziale impatto dell'azione di InnovaPuglia rispetto allo sviluppo socio economico territoriale. In questo senso i principali ambiti di intervento della Società sono riconducibili a:

- *Portale Sistema Puglia*. Rappresenta la piattaforma attraverso cui InnovaPuglia garantisce l'intero sistema dei servizi per le aziende, sia di tipo informativo, sia di tipo interattivo per l'attuazione e la gestione informatizzata delle iniziative regionali nel settore. Come sistema integrato per la gestione dei bandi, i servizi erogati sul web spaziano, infatti, dall'informativa alla gestione delle candidature, al monitoraggio delle domande, all'istruttoria e verifica di ammissibilità, garantendo, quindi, attraverso l'integrazione della piattaforma con i sistemi di contabilità regionale (COBRA) e di monitoraggio dei fondi comunitari (MIR), il controllo completo dell'iter di attuazione e il supporto ai processi decisionali della amministrazione regionale. D'altra parte, attraverso Sistema Puglia e la sua integrazione con il sistema informativo territoriale regionale (SIT) vengono, poi, offerti alle imprese iter procedurali di supporto a pratiche autorizzative altrimenti particolarmente complesse e costose per le aziende; in particolare, ad oggi, sono stati attivati i servizi per l'Autorizzazione Unica di impianti di energia da fonti rinnovabili (FER), con le relative componenti di istruttoria formale e tecnica.
- *Organismo Intermedio*. A fronte di un obiettivo statutario di supportare la programmazione strategica regionale a sostegno della innovazione, InnovaPuglia ha consolidato una forte capacità di co-progettazione e gestione degli incentivi alle imprese con il Servizio Ricerca Industriale e Innovazione della Regione. In quest'area InnovaPuglia opera con un team dedicato alla definizione, attuazione, monitoraggio, verifica e controllo degli incentivi pubblici regionali a sostegno della innovazione delle imprese. Il team opera in qualità di Organismo Intermedio, in grado, quindi, di svolgere l'intero iter, inclusivo delle attività di selezione delle proposte e di monitoraggio dell'attuazione.
- *Living Labs.* Nell'ambito del ruolo di sostegno alla innovazione, come discusso al punto precedente, InnovaPuglia sta procedendo anche con una logica di evoluzione metodologica delle attività di supporto allo sviluppo. La Società ha, infatti, recentemente avviato, in ambito regionale, la sperimentazione della metodologia dei living labs come modalità efficace per la definizione di interventi di innovazione, basata sulla metafora della quadrupla elica e centrata sulla cooperazione (anche attraverso gli strumenti del web 2.0) tra sistema dell'utenza, della pubblica amministrazione, della ricerca e dell'imprenditoria. Attualmente avviata nel settore delle applicazioni ICT, servizi e contenuti digitali (*Apulian ICT Living Lab*), tale modalità dovrà divenire, comunque, anche su indicazione degli organismi europei, la modalità di riferimento per la costruzione di tutti i progetti di innovazione partecipati dalle imprese e dai cittadini.
- *Ricerca e Innovazione*. Già nella relazione della Commissione Europea del 2011 sulla competitività dell'Unione dell'innovazione (*flagship initiative*) si evidenziava che la strategia Europa 2020 sarebbe potuta essere fonte di crescita intelligente, sostenibile e inclusiva a patto che le regioni europee migliorassero significativamente i propri risultati in materia di innovazione in più di un settore. Nel *Regional Innovation Scoreboard 2012* la Commissione europea ha messo a confronto le regioni dell'Unione distribuendo gli stati membri all'interno di quattro gruppi di paesi. L'Italia si colloca nel gruppo degli "innovatori moderati" e con riferimento alla Puglia si riscontra un miglioramento dell'indice di innovazione generale che porta la Puglia insieme alle altre 12 regioni italiane con un profilo di "innovatore moderato". Gli investimenti in ricerca sia nel settore pubblico che in quello privato sono una parte rilevante dei potenziali risultati raggiungibili in termini di innovazione e crescita dei territori, ma è altrettanto necessario favorire la crescita di un ambiente aperto e favorevole al cambiamento che veda la partecipazione del tessuto socio economico locale oltre agli addetti ai lavori. Investire quindi di più e in maniera più "intelligente" in ricerca e sviluppo può infatti consentire non solo di stimolare la crescita nel medio termine, ma può avviare effetti anticiclici in tempi di crisi. Il contesto competitivo globale racconta inoltre di una presenza sempre più ampia delle economie emergenti anche nelle quote relative agli investimenti in Ricerca e Sviluppo e pertanto l'adozione di un orizzonte strategico unitario comune a tutti gli stati dell'Unione è l'unico modo per rispondere alle sfide della globalizzazione e garantire un futuro economico e competitivo al sistema Paese. InnovaPuglia sostiene la Regione in questo processo intelligente di supporto agli investimenti in Ricerca e sviluppo favorendo la connessione tra realtà e saperi, competenze specialistiche e modelli di gestione amministrativa, comunità locali e pubblica amministrazione, tecnologia e sostenibilità cercando di stimolare la domanda e l'offerta di formazione e cultura a favore di una crescita economica più consapevole e responsabile. In questo quadro di riferimento InnovaPuglia porta avanti una selezione di progetti di ricerca e di cooperazione territoriale nel panorama nazionale ed europeo anche su azioni dirette

della Commissione europea. *C2SENSE* è un progetto finanziato in ambito FP7 e vede il coinvolgimento del servizio di Protezione Civile regionale con il fine di sperimentare modelli, tecnologie e soluzioni software in grado di supportare l'interoperabilità e l'efficacia delle azioni svolte da soggetti coinvolti e co-operanti nella gestione e coordinamento delle operazioni di emergenza. Nel progetto cooperano con i partner italiani istituzioni, università, centri di ricerca e imprese di Austria, Francia, Polonia e Turchia. *PRISMA* sviluppato in ambito PON R&C si propone di sviluppare e validare una piattaforma cloud open source in grado di gestire e orchestrare servizi IaaS, PaaS e SaaS in una serie di settori applicativi tra i quali l'e-Health con la finalità per quest'ultimo di migliorare i processi di diagnosi, il monitoraggio delle evoluzioni epidemiologiche, la prevenzione e l'empowerment del paziente. Il progetto di educazione digitale scuola-lavoro *EDOC@Work3.0* finanziato con il Bando MIUR Smart Cities and Communities and Social innovation che intende provare a connettere tra di loro i nuovi modelli didattici per la scuola e la formazione-lavoro, la produzione dei contenuti multimediali e le nuove tecnologie digitali con l'obiettivo di favorire ricadute positive su studenti, insegnati, famiglie e istituzioni scolastiche in uno scenario nel quale il modello sequenziale che prevede un percorso di studi scolastico-universitari seguito da un successivo sfruttamento delle conoscenze nel mondo del lavoro è sempre medo evidente a favore di un processo di apprendimento continuo anche identificato nel modello "life long learning". Il progetto *NEXT in ambito CBC-IPA* con l'obiettivo di sviluppare e fornire servizi di matching e cooperazione ai diversi soggetti coinvolti nei processi di innovazione e trasferimento tecnologico nelle regioni Adriatiche. Sono coinvolte insieme alla Regione Puglia altre regioni italiane della Croazia, Bosnia e Montenegro con centri di ricerca, agenzie di innovazione, imprese e ricercatori in un processo di valorizzazione dei risultati di progetti di ricerca e innovazione, trasferimento tecnologico e pianificazione di attività progettuali. Il progetto *CETA* avviato in ambito *European Territorial Cooperation Programme "Greece-Italy 2007-2013*" che si propone di realizzare e diffondere una Borsa telematica transfrontaliera del turismo extralberghiero attraverso lo sviluppo di servizi informativi per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta degli operatori turistici, la qualificazione dell'offerta turistica extralberghiera, l'aggregazione dell'offerta (protocolli di rete fra imprese), l'integrazione di servizi telematici sui trasporti locali e transfrontalieri (treni, bus, porti e aeroporti) e sulla fruizione dei siti culturali e ambientali del territorio. Il progetto *OTRIONS* finanziato sul programma di cooperazione territoriale Grecia Italia 2007-2013 con l'obiettivo di creare una rete sensoristica in grado di monitorare, sismicità, deformazioni della crosta terrestre e variazioni del livello del mare. I partner delle due sponde dell'Adriatico coinvolti nelle attività integrano nuove stazioni sismiche e geodetiche con le reti esistenti a livello nazionale con la finalità di raccogliere i dati prodotti in due centri di coordinamento e fornire gli strumenti per l'interpretazione e la produzione di mappe di rischio nel canale di Otranto e l'area del Mar Ionio.

L'asset "**spillover industriale**" si è poi consolidato dal punto di vista metodologico grazie all'iniziativa **EmPULIA** che si colloca nello scenario legislativo avviato, a livello nazionale, dal Programma di razionalizzazione della spesa in beni e servizi della P.A. previsto già dalla Legge Finanziaria 2000. Il Centro Acquisto Territoriale della Regione Puglia denominato EmPULIA, è stato avviato nel settembre del 2007 per rispondere a obiettivi di:

- Supporto alla razionalizzazione della spesa delle Amministrazioni locali pugliesi, semplificando le procedure di approvvigionamento, favorendo i processi di aggregazione della spesa e producendo risparmi;
- Semplificazione del rapporto tra Pubblica Amministrazione e imprese, attraverso l'adozione di strumenti tecnologici per la gestione dei processi di approvvigionamento on-line (e-procurement), rendendo così la gestione degli approvvigionamenti pubblici più efficiente e trasparente.

EmPULIA (www.empulia.it) eroga attualmente:

A. Servizi per la gestione unificata dell'**Albo *on line* dei Fornitori** esteso agli Operatori Economici afferenti beni servizi e lavori;
B. Servizi per la gestione completamente telematica delle **procedure di gara** (aperte, ristrette e negoziate, sia sopra che sotto soglia comunitaria) con criteri di aggiudicazione basati sul prezzo più basso o sull'offerta economicamente più vantaggiosa;
C. Servizi per la gestione del sistema regionale delle **Convenzioni** con possibilità di emissione di ordini a partire dai relativi cataloghi pubblicati (negozio elettronico);
D. Servizi per la gestione del **Sistema dinamico di acquisizione.**

A EmPULIA per le acquisizioni di lavori, beni e servizi fanno riferimento le strutture della Regione Puglia, le agenzie regionali, gli enti del SSN e altri Amministrazioni aventi sede sul territorio regionale, che aderiscono volontariamente.

Per Regione (R.R. 25/2011), Agenzie regionali (DGR 1390/2012), Enti del SSR (DGR 1391/2012) l'utilizzo è obbligatorio per acquisti entro la soglia comunitaria.

I numeri sono molto indicativi posto che oggi (novembre 2014) sono oltre 4100 gli operatori economici iscritti all'Albo Fornitori e 730 i buyer, appartenenti a oltre 70 Enti diversi. I bandi processati sono passati da 9 nel 2009, anno di attivazione del sistema delle gare telematiche EmPULIA, a oltre 3.300 nel 2013, a oltre 3.250 in questa frazione d'anno, per un valore di oltre 225 milioni di euro di base d'asta; il 75% circa delle gare sono indette dalle ASL. Nel mese di ottobre 2014 la piattaforma EmPULIA ha inviato all'utenza 231331 comunicazioni mediante PEC (inviti a procedure, chiarimenti, conferme di iscrizione all'Albo ecc.) che significano trasparenza, dematerializzazione e risparmio di carta.

Anche l'attenzione all'utenza è garantita, con l'addestramento continuo degli operatori, l'assistenza anche on-site per l'espletamento delle prime procedure telematiche, un servizio di help desk, ad accesso gratuito tramite numero verde, e due front-office, uno in Regione Puglia e uno presso InnovaPuglia.

Sono in fase di realizzazione (Azione 1.5.3) interventi di sviluppo funzionale dei servizi di EmPULIA (per adeguarli alle evoluzioni della normativa e per ampliare il range di intervento della piattaforma anche alle fasi pre- e post-gara), di rinnovamento della piattaforma ai nuovi trend tecnologici e di interfacciamento al Sistema Integrato Regionale della Regione Puglia (con riferimento, in particolare, all' IDProviding e al gestore documentale Diogene).

L'infrastruttura digitale

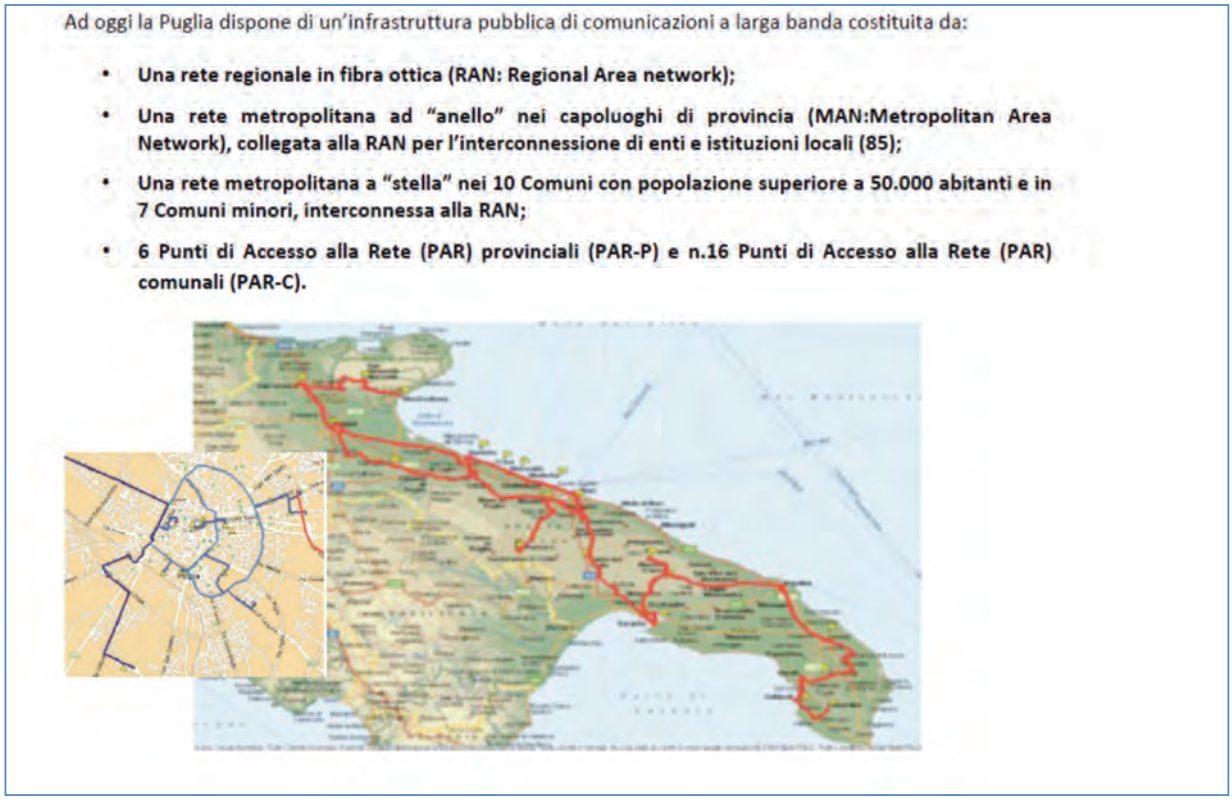
In uno scenario tecnologico e normativo in forte evoluzione - si pensi a tutti gli aspetti trattati dal Codice della Amministrazione Digitale - l'infrastruttura digitale (asset3fab) governata da InnovaPuglia si caratterizza per il suo allineamento agli standard e alle linee guida che rendono l'ambiente operativo realmente funzionale alle esigenze della amministrazione regionale e di tutte le realtà pubbliche che concorrono allo sviluppo regionale. L'evoluzione strategica dell'infrastruttura digitale regionale si fonda su alcuni obiettivi specifici che guidano il processo di crescita infrastrutturale:

- Evoluzione della struttura di DATACENTER con riferimento ai tre principi chiave della ottimizzazione della potenza elaborativa (in particolare attraverso le logiche del cloud computing), della sicurezza (sia in chiave di

disaster recovery, sia nella prospettiva più ampia della security logica) e della potenzialità di crescita (in termini di utenza e applicazioni, oltre che di volumi [si pensi alle implicazioni delle norme sulla conservazione sostitutiva]).

- Razionalizzazione della infrastruttura ICT regionale, orientando il processo di crescita della infrastruttura verso una struttura unitaria (il Sistema Informativo Regionale della Regione Puglia [SIR-RP]) che superi la frammentarietà e realizzi l'aggregazione delle soluzioni attraverso l'integrazione (funzionale, metodologica, di servizio) e la cooperazione applicativa in modo da condividere dati, modalità operative (esempio : unica login per l'utenza), front-end, ecc….
- Declinazione regionale anche delle implicazioni applicative degli indirizzi dell'Agenda Digitale Italiana (es: sanità elettronica).
- Potenziamento delle capacità di connessione, attraverso il sostegno progettuale a una diffusione più uniforme e omogenea della Banda Larga, utilizzandone anche direttamente le opportunità operative.
- Adozione dei principi e delle tecnologie del software libero, con riferimento alle policy regionali (LR 20/ 2012 sull'open source) e alla progressiva migrazione dello stack tecnologico verso l'open source e il paradigma dell'innovazione aperta e intelligente (Open and Smart Innovation).

In particolare l'infrastruttura tecnologica si caratterizza per scelte di architetture *service oriented* e un sistema di cooperazione applicativa conforme agli standard SPCoop che rendono più semplice e flessibile lo scarico e l'utilizzo delle informazioni, la condivisione e l'interscambio di dati con altri sistemi informativi e di documenti tra amministrazione regionale, amministrazioni locali e il sistema territoriale pugliese.



L'infrastruttura è basata su:

- **RUPAR-SPC.** (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale della Puglia), quale infrastruttura portante di comunicazione a livello regionale, parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC), garantisce l'interconnessione delle Pubbliche Amministrazioni Locali (PAL) pugliesi tra loro, con le Pubbliche Amministrazioni Centrali (PAC) e con le altre PAL interconnesse al SPC (Community Network) attraverso una

infrastruttura di servizio che garantisca qualità e sicurezza delle connessioni, rispettando gli standard approvati a livello nazionale.

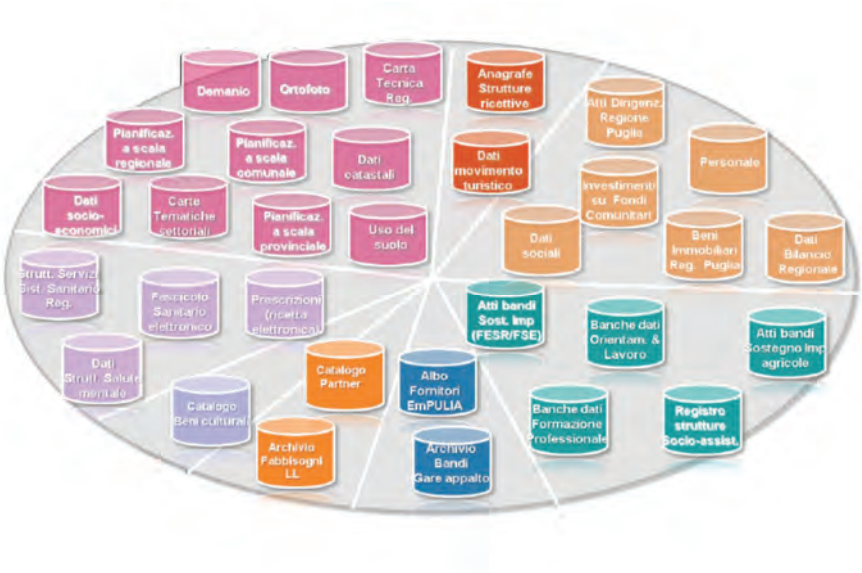
- **Rete a banda (ultra) larga.** A fronte della strategia regionale di sviluppo della banda larga (BL) definita dalla Regione Puglia (DGR 1339/2011), InnovaPuglia ha lavorato alla definizione (anche sulla base di una consultazione con gli Operatori) e al coordinamento della realizzazione di questa importante infrastruttura. La banda larga base punta alla eliminazione del *Digital Divide* (DD) di 1° livello (sono stati individuati gli ultimi 17 Comuni [su 258] ancora in DD), mentre la Banda Ultra Larga (BUL) ha avuto un duplice obiettivo: in una prima fase le Pubbliche Amministrazioni e in una seconda fase la popolazione e le Aree industriali. La BUL per la PA è costituita da una dorsale regionale e da 5 MAN (*Metropolitan Area Network*) in fibra ottica, una per ciascuna delle grandi città, per un totale di 980km, di cui 370Km, concentrati nell'area tra Bari e Lecce, sono realizzati in cavidotto, mentre gli altri 610Km (nel Salento e nell'area tra Foggia e Bari) sono stati acquisiti in modalità IRU da alcuni operatori (noleggio a 15 anni). Tale dorsale ha collegato con approccio FTTH (Fiber To The Home) i principali servizi di utilità pubblica - ospedali ed edifici comunali - dei 15 Comuni con più di 50.000 abitanti (più 7 presenti, per motivi tecnici, sulla dorsale). E' in fase di avvio il completamento del collegamento alla rete dorsale e reti MAN di circa venticinque strutture sanitarie non ancora raggiunte dalla rete. La seconda fase ha portato all'individuazione di 148 Comuni di media grandezza della Regione Puglia, successivi come importanza socioeconomica alle sette principali città dove la BUL è già una realtà grazie agli operatori privati, in cui verrà realizzata la rete in fibra ottica con capacità di 30Mbps al servizio della popolazione. La stessa iniziativa assicurerà anche il collegamento a 100Mbps delle Aree Industriali e delle Pubbliche Amministrazioni allocate in quei Comuni.
  Queste infrastrutture saranno rese disponibili dall'Operatore aggiudicatario anche agli Operatori del settore (fornitori di servizi TLC) che le utilizzeranno per offrire servizi a larga banda agli utenti finali (imprese, pubbliche amministrazioni, cittadini) superando le barriere alla diffusione dei servizi a larga banda costituite dagli elevati costi di realizzazione delle infrastrutture (gradino di ingresso) e dal conseguente tempo prolungato per conseguire un adeguato ROI.
- **RUPAR Wireless**. L'infrastruttura, quale estensione wireless della RUPAR regionale, si basa sulla rete commerciale del gestore telefonico affidatario (TIM) che viene qualificata allo scopo attraverso la disponibilità di un APN dedicato che gestisce il traffico generato dai dispositivi mobili regionali connettendoli ai server localizzati in InnovaPuglia. L'infrastruttura garantisce, pertanto, un servizio che, se pur basato su rete commerciale, può contare su priorità nella disponibilità di banda (42.2 Bit) e su maggiore affidabilità in termini di confidenzialità e integrità.
  Rispetto alle altre componenti della infrastruttura, oltre a circa 22 centrali operative (in ambito 118 e protezione civile), sono stati attivati circa 450 terminali utente; in particolare, per applicazioni legate all'emergenza sanitaria, l'infrastruttura garantisce la copertura di tutti i mezzi del 118 regionale (attraverso 174 palmari e 180 *tracker*), per quanto sia in atto un upgrade nella dotazione sui mezzi mobili nell'ambito del progetto del "nuovo 118".

- **Rete GNSS.** Al di fuori dell' infrastruttura ICT in senso stretto, la rete regionale di stazioni GNSS (*Global Navigation Satellite System*) è una rete strumentale funzionale alle esigenze di posizionamento e navigazione a elevata accuratezza e affidabilità. E' basata su 12 stazioni permanenti, con capacità di utilizzo della rete satellitare GPS oltre che GLONASS, GLObal NAvigation Satellite System) omogeneamente distribuite sul territorio pugliese, installate presso sedi di enti pubblici e connesse con il Centro tematico del SIT presso InnovaPuglia attraverso rete di trasmissione dati dedicata (il che garantisce elevatissima disponibilità e sicurezza dei dati). Il servizio che poggia sulla rete garantisce la distribuzione di dati RINEX per il post-processing oltre che di dati per la correzione in tempo reale. 6 delle stazioni regionali fanno parte della Rete Dinamica Nazionale. Attraverso il programma europeo di cooperazione Italia-Grecia è in corso il potenziamento della rete in Puglia con ulteriori 2 stazioni geodetiche oltre che con stazioni sismiche.
- **Datacenter**. L'infrastruttura (server, networking, storage, SAN) è costituita da circa 150 server fisici, di cui 21 server blade sono il primo nucleo della Server Farm VM che ospita ad oggi circa 300 server virtuali (60 % erogato in modalità IaaS) oltre a circa 100 server dedicati allo sviluppo e test. Sui CED operano tutte le applicazioni e l'ambiente Cloud in condivisione di carico, accessi in fibra ottica con percorsi differenziati in

completa sinergia con rete a banda larga e interconnessione diretta in fibra tra i due CED e il terzo sito per clustering.

Il patrimonio informativo

Proprio attraverso il suo datacenter, InnovaPuglia gestisce un patrimonio informativo (asset4fab) distribuito su una pluralità di banche dati istituzionali della Regione Puglia, e ha attuato due scelte strategiche per risolvere le criticità connesse con la protezione del valore dell'informazione.



La prima, centrata sulla massimizzazione della sicurezza dei dati, è l'impianto di un ***Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI)*** conforme allo standard ISO/TEC 27001 e certificato da TÜV Italia. Il sistema è centrato su una gestione organizzativa e procedurale più efficace e attenta verso le problematiche inerenti l'Information Security. In coerenza con la ISO 27001, l'approccio ha come obiettivo la salvaguardia del contenuto informativo associato a ciascun processo / servizio / sistema che rientra nell'ambito della certificazione, in termini di:

- Riservatezza, per salvaguardare l'informazione dall'accesso di soggetti non autorizzati
- Integrità, per impedire che l'informazione sia modificata o distrutta in modo non autorizzato
- Disponibilità, per garantire che l'informazione sia accessibile e utilizzabile da parte dei soggetti autorizzati.

É importante sottolineare, inoltre, come la gestione centralizzata dei back-up di tutti gli archivi, secondo un planning temporale concordato con il "proprietario" dei dati, garantisca la loro disponibilità con un livello di aggiornamento adeguato alle caratteristiche di ogni dato.

L'altra scelta strategica, in linea con gli orientamenti regionali (L.R. 20/2012 e DGR 2183 del 31/10/2012), è la progressiva adozione degli ***Open Data***, la prassi per cui alcune tipologie di dati prodotti e detenuti dalla Pubblica Amministrazione sono rese liberamente accessibili a tutti, sul Web, senza restrizioni di copyright, brevetti o altre forme di controllo che ne limitino la riproduzione. I dati detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni rappresentano un enorme patrimonio in termini di conoscenza, trasparenza e sviluppo e

stanno acquisendo un'importanza sempre crescente come elemento per la crescita economica e la competitività. Grazie all'uso delle tecnologie info-telematiche, è infatti possibile riutilizzare i dati aperti per rendere l'Amministrazione più trasparente, per erogare servizi ancor più efficienti e per riutilizzarli in ambiti differenti da quelli per i quali sono stati raccolti, per l'elaborazione di ricerche, prodotti e servizi, con implicazioni organizzative e di impulso al sistema economico-imprenditoriale.

In alcuni casi, i dati sono disponibili ma con una serie di vincoli di tipo tecnico (ad esempio, legati al formato utilizzato) o giuridico (relativi alla licenza di utilizzo) che ne impediscono o ne limitano il riutilizzo.
La scelta attuata della Regione Puglia indica la licenza IODL 2.0 come lo strumento per la distribuzione dei dati aperti, non ponendo limiti al loro sfruttamento da parte delle iniziativa privata, favorendo il loro pieno riutilizzo e lo sviluppo di iniziative innovative che valorizzino il patrimonio di dati pubblici, forniscano servizi a valore aggiunto alla popolazione e nel contempo creino occupazione nel campo delle tecnologie avanzate.
In questo contesto InnovaPuglia ha realizzato una piattaforma tecnologica per la organizzazione, raccolta e fruizione del patrimonio di dati generati e gestiti dalle diverse applicazioni e dai differenti portali regionali, secondo gli standard dell'*open governament*. La piattaforma fa uso di architetture *service oriented* che rendono più semplice e flessibile lo scarico e l'utilizzo delle informazioni, permettendo la realizzazione di nuove applicazioni e servizi a valore aggiunto, da parte delle PA locali e di imprese, associazioni o privati cittadini. In seguito, sarà completato il censimento dei dataset pubblici da rendere aperti, a partire da quelli regionali, e sarà definita una semantica e un modello di licensing condivisi. Il progetto comporta una revisione tecnologica e organizzativa degli attuali strumenti in uso nelle differenti aree regionali per abilitare e rendere possibile il libero accesso all'informazione regionale e tradurre il concetto di *Open Government* in un vero e proprio modello sostenibile. In particolare la cooperazione tra applicazioni settoriali e *Open Data* si baserà su:

- Funzionalità di estrazione dei set di dati dalle basi dati già esistenti.
- Validazione dei *Data Set* candidati.
- Verifica di applicabilità *Data Set* della licenza d'uso.
- Pubblicazione nel formato coerente con gli standard *Open Data*.
- Referenziazione dei *Data Set* all'interno dell'albero della Trasparenza.

Va sottolineato come uno degli ambiti in cui la politica degli *Open Data* potrà assumere maggiore valore è quello dei **dati a referente geografico**, anche in considerazione del potenziale valore legato alla integrabilità tra differenti dataset relativi a una pluralità di ambiti applicativi. Su questa stessa logica InnovaPuglia sta operando direttamente anche attraverso lo sviluppo di una Infrastruttura Dati Territoriale (IDT), quale evoluzione, essa stessa, del SIT regionale.

Nel sito www.dati.puglia.it, oggi sono già stati inseriti, in una logica open data, i primi *Data Set* relativi, in particolare, ai bandi telematici, agli atti amministrativi e al bilancio regionale.

3 GLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO INDUSTRIALE 2015-2017

Obiettivi

Due considerazioni di fondo rappresentano la premessa sostanziale per la definizione degli obiettivi strategici aziendali nel triennio 2015-2017: il contesto di riferimento, che dal punto di vista normativo definisce il ruolo strategico e operativo di InnovaPuglia SpA, consolidato da un bilancio sociale coerente con esso, e le politiche regionali in tema di ricerca e innovazione, che caratterizzeranno l'azione della Regione Puglia nella programmazione strategica unitaria e Politica di Coesione dell'Unione Europea per il periodo 2014 -2020.

Il contesto di riferimento normativo

Nel 2014 la Regione Puglia ha ridefinito l'impianto normativo che disciplina e regolamenta le Agenzie regionali, gli Enti strumentali e le società a partecipazione regionale, emanando le delibere n. 810 e n. 812 del 5 maggio 2014 che dettano le direttive e le linee di indirizzo per le società controllate e le società in house. Alla luce di questa normativa e della successiva convenzione, sottoscritta nel luglio 2014, per attività relative a progetti e iniziative di sviluppo in tema di innovazione, InnovaPuglia spa è Società "in house" sulla quale la Regione Puglia esercita un controllo analogo a quelli che la stessa esercita sui propri servizi.

In questo contesto, InnovaPuglia concorre allo sviluppo delle strategie regionali a sostegno dell'innovazione basata sulle ICT, per conto e su richiesta della Regione, attraverso la realizzazione di attività di interesse generale, e in particolare:

- Svolge compiti di centrale unica di committenza e di stazione unica appaltante;
- Gestisce banche dati strategiche, anche per il conseguimento di obiettivi economico-finanziari;
- Progetta, sviluppa, realizza e gestisce le componenti del sistema informativo regionale e delle infrastrutture pubbliche di servizio ICT;
- Assicura l'assistenza tecnica a supporto dei processi interni di innovazione della PA regionale e di interventi per l'adozione di modelli operativi-gestionali innovativi nell'amministrazione pubblica;
- Assicura l'assistenza tecnica alla PA regionale nella definizione, attuazione, monitoraggio, verifica e controllo degli interventi previsti dalla programmazione strategica regionale a sostegno dell'innovazione.

L'azione della società è inoltre finalizzata a garantire alla PA regionale la trasparenza delle procedure, la qualità dei beni e dei servizi ICT, gli standard operativi e l'efficacia dell'attuazione e a questo scopo:

- Concepisce e realizza progetti pilota di innovazione, volti alla sperimentazione di tecnologie ICT, metodologie e processi amministrativi avanzati, propedeutici alla loro adozione organica da parte dell'amministrazione regionale;
- Elabora modelli e progetti complessi di innovazione per la PA regionale;
- Imposta, svolge e monitorizza le gare pubbliche per l'individuazione di contraenti privati destinati a realizzare i progetti di innovazione.

La Regione Puglia ha anche ridefinito la propria strategia per la Specializzazione intelligente nel prossimo ciclo di programmazione, ritenuta dalla Commissione Europea condizione ex ante per il supporto trasversale agli investimenti che caratterizzeranno la programmazione strategica unitaria e la Politica di Coesione dell'Unione Europea per il periodo 2014-2020. Partendo dalla lettura critica di quanto è stato fatto fino ad oggi ha dunque approvato, con deliberazione n. 1732 del 01-08-2014, il documento "**Smart Puglia 2020**", dopo un intenso e lungo percorso partecipativo, avviato nel luglio 2012, che ha coinvolto il partenariato socio economico, i distretti produttivi e tecnologici, il sistema regionale della ricerca. Il documento descrive i principali elementi della Strategia regionale su ricerca e innovazione, la **Smart Specialisation Strategy,** e **l'Agenda Digitale Regionale** su cui fondare l'azione di tutti gli stakeholder per arrivare nell'anno 2020, alla "Puglia che vogliamo", una regione capace di politiche intelligenti e integrate. La "Smart Puglia" dovrà essere **attrattiva** per le imprese e i giovani talenti, **competitiva** grazie a un uso pervasivo e intelligente dell'innovazione tecnologica, **inclusiva consapevole** e **responsabile** verso l'ambiente e i soggetti più deboli del sistema, **connessa** e **integrata** nel contesto nazionale e internazionale.

La S3 "Smart Puglia 2020" e l'Agenda Digitale Regionale.

La **SmartPuglia2020** punta al "*potenziamento progressivo e collettivo*" del tessuto socio economico regionale attraverso "*un uso intelligente, inclusivo e sostenibile delle tecnologie*". In particolare, delinea "*l'integrazione delle politiche trasversali per la ricerca, l'innovazione, la competitività, l'internazionalizzazione, la formazione e il lavoro*" ed è orientata al "*potenziamento delle connessioni con le politiche verticali dell'ambiente, dei trasporti, del welfare e della salute*" al fine di perseguire tra l'altro:

- "*Il rafforzamento delle capacità competitive del sistema produttivo in grado di coniugare il saper fare e la creatività del nostro territorio con l'uso sapiente delle tecnologie*" ovvero la valorizzazione delle economie locali attraverso le tecnologie (Economia digitale);
- "*Il sostegno alle emergenti sfide sociali e ambientali che richiedono politiche pubbliche più intelligenti, ovvero capaci di mettere in connessione fabbisogni del territorio e innovazioni di prodotti/servizi*" ovvero il potenziamento tecnologico della pubblica amministrazione (PA digitale) a servizio del territori;
- "*La diffusione della digitalizzazione come acceleratore della intelligenza delle comunità locali e diffuse e strumento per l'open government*" ovvero lo sviluppo della Cittadinanza Digitale che vada di pari passo con il potenziamento dell'Infrastruttura Digitale.

Tali tematiche trovano la loro declinazione nell'Agenda Digitale Regionale che, in linea con l'Agenda Italiana e quella Europea, focalizza gli obiettivi da perseguire sulle macro-aree della **Crescita Digitale** e delle **Infrastrutture Digitali,** chiamando in causa il ruolo istituzionale di InnovaPuglia SpA, quale soggetto regionale fondamentale per la sua attuazione.

Missione di InnovaPuglia è dunque attuare l'Agenda Digitale Regionale in continuità con quanto realizzato nella programmazione 2007-2013 e in ottemperanza al contesto di riferimento normativo prima richiamato.

Di conseguenza il piano triennale 2015-2017 delle attività di InnovaPuglia punta a **4 obiettivi strategici**, coerenti con il quadro programmatico regionale:

- ***PA digitale***
- ***Economia Digitale***

- *Cittadinanza Digitale*
- *Infrastrutture Digitali*.

In dettaglio, il Piano si sviluppa attraverso **4 linee di intervento** che intercettano flessibilmente alcuni degli **Obiettivi Tematici del Programma Operativo 2014-2020** della Regione e i **Risultati Attesi specifici dell'Agenda Digitale Regionale**, sia orizzontalmente, con pacchetti di attività abilitanti trasversali all'impianto del sistema informativo regionale, che verticalmente per le attività di implementazione dei servizi informatici e delle facilities digitali per i cittadini.

Per rendere in prima istanza la dimensione d'impatto di tali linee di intervento, le stesse vengono caratterizzate alla luce delle seguenti direttrici metodologiche attorno alle quali si sviluppa il piano triennale 2015-2017:

- La valorizzazione degli investimenti fatti in precedenza e il consolidamento di investimenti, esperienze, pratiche e 'brand' già valorizzati.
- L'integrazione tra i sistemi realizzati, per massimizzare le sinergie e aumentare il valore aggiunto dei singoli servizi.
- La condivisione dei dati, per ridurre al minimo la ridondanza e garantire l'univocità del dato, quale che sia il dominio che lo utilizza.
- Il raggiungimento della massima interoperabilità tra processi e servizi amministrativi.
- La diffusione degli Open data e del riuso del dato pubblico, anche in funzione del raggiungimento della massima trasparenza e accessibilità.
- L'accompagnamento nell'innovazione del settore ICT in Puglia e il contributo alle politiche di diffusione delle tecnologie digitali nelle imprese in un'ottica di Open Innovation.

Obiettivo 1. PA Digitale

Le pubbliche amministrazioni sono molto cambiate in questi ultimi anni grazie all'ICT. Eppure molto ancora c'è da fare: spesso infatti l'innovazione tecnologica si è solo affiancata ai vecchi sistemi e i computer convivono con i timbri e i faldoni d'archivio. Il codice rende ora obbligatoria l'innovazione nella PA nel modo più naturale: da una parte dando ai cittadini il diritto di interagire sempre, dovunque e verso qualsiasi amministrazione attraverso Internet, posta elettronica, reti; dall'altra stabilendo che tutte le amministrazioni

devono organizzarsi in modo da rendere sempre e comunque disponibili tutte le informazioni in modalità digitale. InnovaPuglia, in quanto società in house, interviene quindi come soggetto attuatore delle strategie regionali per la digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali interoperabili della PA offerti a cittadini e imprese con un pacchetto di attività mirato a fornire soluzioni tecnologiche innovative per i fabbisogni amministrativi e gestionali della PA regionale. Tali attività esplicitano *l'asset del pensiero computazionale* perché la digitalizzazione dei processi amministrativi non è il trasferimento dallo strumento cartaceo a quello elettronico dei processi, ma è un vero cambiamento culturale pervasivo e capillare che deve coinvolgere tutti i livelli dell'amministrazione e innescare nei cittadini la consapevolezza della partecipazione e della responsabilità nelle dinamiche operative dei servizi di pubblica utilità.

Obiettivo 2. Economia Digitale

E' il contesto nel quale le funzioni che governano le imprese, le istituzioni e la collettività, le transazioni economiche e le relazioni sono programmate ed eseguite con il supporto di tecnologie digitali. Si passa da un paradigma basato sulla proprietà delle risorse utili alla creazione di valore a un paradigma basato invece sull'accesso alle risorse inteso come servizio necessario alla produzione (accesso). Il nuovo approccio è basato sulla pervasività della interconnessione elettronica tra persone, imprese, istituzioni, comunità, cose e definisce gli ambiti dell'economia dell'informazione e della conoscenza nel passaggio dai mercati alle reti. In tale direzione InnovaPuglia interviene istituzionalmente per:

- Rafforzare il settore ICT e la sua diffusione nei processi produttivi delle PMI (in particolare nei settori con maggiore potenziale di crescita: manifattura sostenibile, salute dell'uomo e dell'ambiente, comunità digitali, creative e inclusive), coerentemente con la strategia di smart specialization per l'innovazione di prodotto e di processo, b2b, commercio elettronico, reti imprenditoriali;
- Favorire la creazione di start up innovative nel settore dell'ICT e le modalità di acquisto innovative quali il PCP (pre-commercial public procurement) o il PPI (public procurement for innovation) per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento della Pubblica Amministrazione.

Le attività che convergono verso questo obiettivo strategico rendono evidente la fondamentale funzionalità dell'asset relativo alla capacità di *generazione di spillover industriale*, peculiarità che risalta e concretizza la necessità di un ruolo tecnico terzo, quale quello svolto da InnovaPuglia, tra programmazione pubblica e iniziativa privata nei processi di sviluppo armonico dell'economia digitale.

Obiettivo 3. Cittadinanza Digitale

Il potenziale livello paritetico di democrazia avanzata tra Amministrazione Pubblica e cittadino[5] ha una valenza strategica fondamentale dal punto di vista delle scelte degli strumenti tecnologici da sviluppare e adottare per praticare la cittadinanza digitale, e in questo senso il lavoro di InnovaPuglia, partendo dal proprio asset di *patrimonio informativo*, si concentra sugli aspetti della domanda di innovazione pubblica e privata in una proiezione ideale di generazione di *meccanismi socioeconomici autopoietici*, capaci di ridefinire continuamente se stessi e di sostenersi e riprodursi al proprio interno, basati su processi di "intelligenza connettiva" (vedi esperienza Living Labs).

[5] McLuhan: "la natura dell'elettricità è di portare alla trasparenza", De Kerckhove: "…quindi si crea una trasparenza simmetrica: ad esempio, il cittadino non può più evadere le tasse, perché il suo reddito e i suoi consumi diventano pubblici e l'etica della trasparenza farà sì che non pagare le tasse diventi una "vergogna pubblica"; per contro, lo Stato non può più sprecare le sue tasse, perché i cittadini ne controllano l'utilizzo".

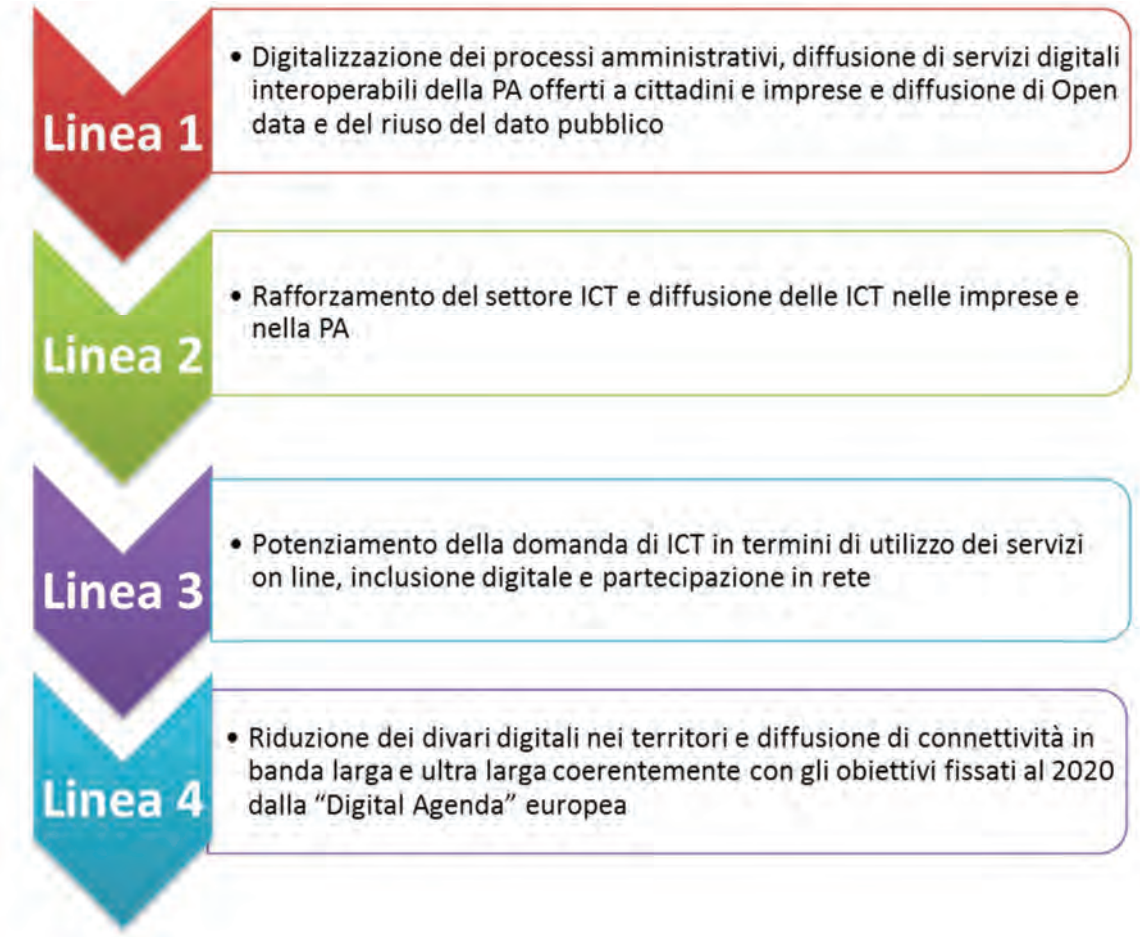
Obiettivo 4. Infrastrutture Digitali

InnovaPuglia intende, come obiettivo strategico fondamentale, e coerentemente con il positivo quadro di partenza del territorio regionale e con quanto indicato nell'Agenda Digitale Europea, giungere al definitivo azzeramento del digital divide infrastrutturale e alla diffusione della banda ultra larga nelle aree urbane e industriali. In particolare, si intende proseguire con il dispiegamento di quanto già avviato sul territorio regionale in armonia con il quadro strategico nazionale in materia di *banda larga e ultra larga.*

In generale l'evoluzione dei sistemi privilegerà la convergenza verso architetture uniformi, preferibilmente basate su middleware Open Source, ove possibile, e comunque con l'obiettivo di facilitare il riuso dei componenti e del KnowHow, nonché l'ottimizzazione del licensing, ove ancora necessario. I portali coerenti con le linee guida DigitPA per i siti web della PA in tema di comunicazione ed erogazione di servizi convergeranno verso una sostanziale unificazione nell'unico portale federato, che racchiuderà il sito istituzionale della Regione Puglia, e sarà l'unico punto di accesso alle risorse informative e ai servizi telematici dell'amministrazione regionale, in termini di un unico Sistema Informativo Regionale della Regione Puglia (SIR-RP) .

4 IL PIANO DI ATTIVITA' 2015 - 2017

Il piano è costruito su **4 Linee di intervento:**



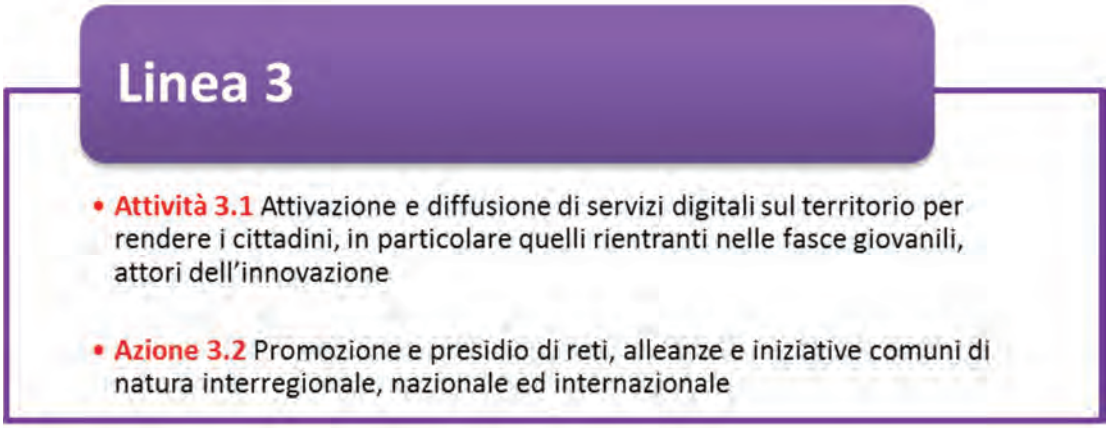
Alle **4 Linee** sono associate 12 **Azioni:**

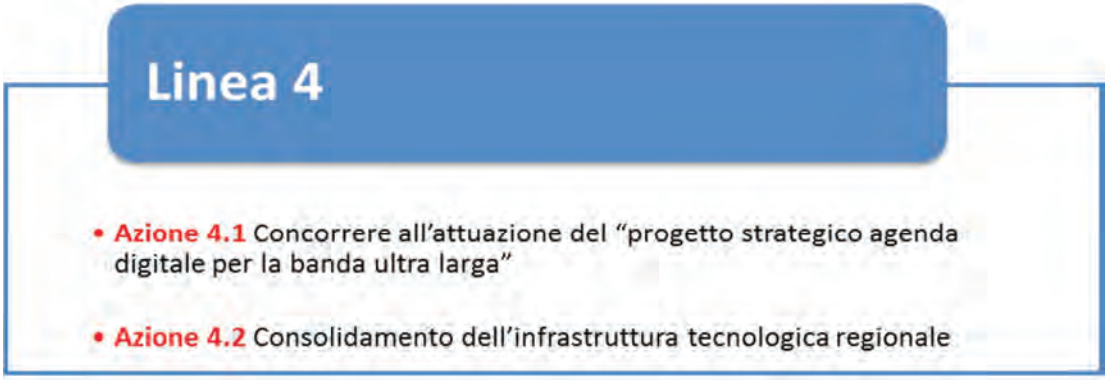
Linea 1 [PA digitale]

- **Azione 1.1** Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi per l'efficienza e la trasparenza della PA e per il rafforzamento del sistema di e-government regionale
- **Azione 1.2** Soggetto Aggregatore delle regione Puglia (SArPULIA) nelle funzioni di centrale di committenza e d'acquisto territoriale
- **Azione 1.3** Potenziamento di servizi, contenuti e applicazioni per lo sviluppo sostenibile territoriale caratterizzati da un forte coordinamento sovra territoriale in ambiti di diretto interesse per la qualità della vita (con particolare riferimento ai temi e-health e e-care) e la sostenibilità ambientale
- **Azione 1.4** Sviluppo di soluzioni integrate per le smart cities and communities su scala urbana, metropolitana, territoriale per il potenziamento dell'integrazione sociale e la qualità urbana
- **Azione 1.5** Sviluppo di applicazioni e servizi mirati all'apertura di dati provenienti dal patrimonio informativo delle pubbliche amministrazioni e al loro riutilizzo efficace, in termini economici e per il rafforzamento della democrazia e della responsabilità delle istituzioni

Linea 2

- **Azione 2.1** Rafforzare il settore ICT e la diffusione delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione nei processi produttivi delle PMI coerentemente con la strategia di smart specialization Smart Puglia 2020
- **Azione 2.2** Implementazione di appalti innovativi per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento PA
- **Azione 2.3** Favorire l'avvio di comunità aperte di condivisione e promozione dello sviluppo di servizi digitali attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione





Ciascuna **Azione** è articolata in attività per **un totale di 62 Attività** che afferiscono alle **3 Aree funzionali del Sistema informativo Regionale**

Parametri di caratterizzazione dell'azione di InnovaPuglia rispetto alle 4 linee di intervento del Piano industriale

Obiettivo 1. PA DIGITALE	
ATTUAZIONE DEL CAD (CODICE AMMINISTRAZIONI DIGITALI)	Regione Puglia: - 600 caselle PEC assegnate - 400.000 PEC inviate/ ricevute per mese - 82 punti di protocollazione in Regione Puglia - 2.500 protocolli digitali / giorno (valor medio) - 12.031 documenti firmati digitalmente in Regione Puglia / mese (Nov '14, con incremento di oltre il 20 % su base annua) - cooperazione applicativa : 8 porte di dominio con circa 1 milione di "buste" scambiate giornalmente Altre amministrazioni regionali: - 208 PA Locali collegate su RUPAR (genn 2014) di cui 175 Comuni (68 % potenziali utenti) 12 Enti sanitari (6 ASL, 2 AO, 3 IRCCS, 1 Ospedale regionale) 14 altri Enti - 190 utenti che hanno sottoscritto il servizio PEC - 300 protocolli informatici / giorno (val. medio)
DEMATERIALIZZAZIONE	- volume archivi gestiti c/o InnovaPuglia: circa 100 TB - numero Atti amministrativi gestiti (sistema CIFRA): ~3.000 atti di Giunta / mese ~30.000 atti dirigenziali / mese - numero documenti gestiti su Diogene: oltre 2.2 milioni (pari a oltre 2 TB) - numero di fascicoli digitali gestiti su Diogene (interi iter procedurali dematerializzati): 447.000 - Piani Urbanistici Comunali: 5.122 documenti dematerializzati (di cui 3.921 tavole) - PUTT/P: digitalizzate 15.000 tavole A3 - giustizia digitale: digitalizzazione del fascicolo penale su indagini preliminari e sua condivisione tra Procura, Polizia giudiziaria e avvocati - 100.000 prescrizioni farmaceutiche dematerializzate
CRESCITA DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE	A livello esemplificativo - circa 500 buyer formati all'uso della piattaforma EmPULIA - utenti abilitati MIR con corso online: 250 - utenti abilitati MIRWEB con corso online: 1300 - redattori del portale della salute formati: 93 - Resp Procedimento rilascio autorizzazioni paesaggistiche, membri commissioni locali e del paesaggio,… addestrati a servizi telematici per pianificazione regionale: circa 500 - Unità (magistrati, cancellieri [Procura e Tribunale], personale amministrativo [Procura e Tribunale] e polizia giudiziaria] addestrato a strumenti di giustizia digitale: 380 - numero operatori dei Centri per l'Impiego accreditati ad operare su servizi on-line per la erogazione delle politiche attive del lavoro da parte di Regione Puglia: 361

UNIFICAZIONE/ CONVERGENZA DEI PROCESSI REGIONALI	PROCESSI DI ACQUISTO - punti ordinanti : 175 U.O. Enti + 72 Enti aderenti (totale di 731 buyer) - aggregazione dei differenti Albi fornitori Regionali «cartacei» in un unico albo fornitori utilizzato da tutti i buyer di EmPULIA - numero di gare attuate attraverso EmPULIA nel 2014: 3.258 (al 10/11/2014) - volume economico complessivo delle gare (base d'asta): euro 225.738.235 - media di 92 inviti per gara (procedure negoziate) - oltre 34.000 PEC / settimana in uscita da EmPULIA - interventi di assistenza e supporto (anche on site) alla gestione di gare telematiche: 134 (dal 1/1/2014 al 10/11/2014) SERVIZI PER IL LAVORO - processo basato sulla cooperazione di una pluralità di soggetti (3 Servizi regionali ; organismi formativi accreditati [226]; CAF e patronati [150]; 48 CPI ; 22 soggetti privati [agenzie interinali,…]; distretti produttivi, ass. categoria, scuole,…; INPS ; Min. Lavoro) - standardizzazione delle figure professionali / gestione unitaria dei cataloghi formativi - opportunità di monitoraggio in "tempo reale" dello stato attuazione dei corsi (e conseguente azzeramento dei tempi di pagamento delle erogazioni ai corsisti) I PROCESSI DI PIANIFICAZIONE DEL TERRITORIO (con il supporto del SIT) - numero utenti istituzionali registrati al SIT : 690 - processo di gestione delle autorizzazioni paesaggistiche: circa 2.700/anno da enti subdelegati + circa 1.800/anno da Regione - processo di adeguamento dei Piani Urbanistici Comunali al PUTT (al momento attuato da 145 Comuni [56 % dei Comuni pugliesi]) - processo di rilascio della Autorizzazione Unica per impianti da Fonti di Energia Rinnovabile - informatizzazione dei PUG GESTIONE UNIFICATA DELL'ITER DELLA SPESA SU FONDI NAZIONALI E COMUNITARI - gestione telematica di bandi e avvisi pubblici (59 procedure attivate) - monitoraggio dell'attuazione/ rendicontazione della spesa (39.561 progetti gestiti su MIR, con 58.4564 rendiconti) - gestione dei pagamenti PROCESSI SOCIO-ASSISTENZIALI - procedimenti di gestione della infrastrutturazione e dei servizi regionali (asili, case di cura,….), basati sulla cooperazione (online) tra Regione, Comuni [258], Ambiti territoriali [45], Province, ASL [6], Centri domotica [6], privati - procedimenti per la gestione degli interventi (socio-assistenziali e socio-sanitari) per le famiglie basati su cooperazione tra Comuni, Regione, ASL, soggetti mediatori [CAF, patronati],… -
COOPERAZIONE INTERAMMINISTRATIVA	Protocolli di intesa a sostegno del funzionamento dei servizi - Agenzia del Territorio - IGM - INGV - AGEA

	- MIBAC - Ordini professionali [architetti,…] (in via di finalizzazione) - IGRUE - CIPE (generazione CUP su MIR) - AGEA - Autorità portuali - ANAS - Min. Infrastrutt. Trasporti / ENI - - ANCI Puglia (EmPULIA) cooperazione applicativa - catasto (SIGMATER) - Procura Lecce vs Camera Commercio LE (GNOSIS vs TELEMACO) - Procura Lecce vs Prefettura Lecce - CIPE & IGRUE sul MIR - EDOTTO / MEF - SIST / INPS - EDOTTO / INAIL - EDOTTO / SIST / GIAVA / sei CUP accordi per riuso, etc - SIGMATER (Regioni ER, Piemonte, …) (SIT) - Riuso piattaforma Prov Salerno (EmPULIA) - Applicazione ASP CONSIP (EmPULIA) - protocollo Emilia Romagna per coprogettazione su temi lavoro/ formazione (Sistema Puglia) - Protocollo (Ministero Giustizia vs Regione Puglia) per offerta in riuso di applicazioni di giustizia digitale - Dipendenze patologiche (ASL Pisa) - Sanità penitenziaria (ASL Pisa)
INNOVAZIONE	Partecipazione a "tavoli" nazionali - tavolo CISIS "pagamenti & fatturazione elettronica" - tavolo CISIS "dematerializzazione" - tavolo CISIS "conservazione dei dati" - tavolo CISIS "cittadinanza digitale" - gruppi di lavoro nazionali su definizione strategica e attuazione della innovazione nella giustizia digitale - tavolo CISIS Sanità elettronica - gruppo di lavoro tecnico Fascicolo Sanitario Elettronico (AgID / Min Salute/ MEF / quattro Regioni) - gruppo tecnico interregionale "Fascicolo Sanitario Elettronico e Sanità elettronica" (Conferenza Unificata delle Regioni) Numero di progetti di ricerca a valere su azioni dirette nazionali o della Commissione: 7 Servizi prototipali - Mappatura fenomeno aree colpite da xylella (foto aeree ad altissima risoluzione + monitoraggio a terra, etc) - Integrazione catasto regionale impianti energia da fonti rinnovabili con catasto nazionale gestito da GSE - Integrazione reti sismiche e mareografiche regionali, nazionali e della Grecia per monitoraggio rischi naturali - Utilizzo della rete di telefonia mobile per la stima della densità di popolazione
LIVELLO DI PARTECIPAZIONE ATTIVA DEGLI ATTORI	Caso sanità: - 90 % delle strutture sanitarie pubbliche regionali condividono le funzioni informative del Portale della Salute

	- 60 % delle strutture sanitarie pubbliche regionali cooperano sui servizi interattivi - Numero di operatori utenti dei servizi del Sistema informativo sanitario territoriale (SIST): 13.500 - 97% dei medici di medicina generale e pediatri (circa 4.000) utenti dei servizi del Sistema informativo sanitario territoriale (ottobre 2013) - numero annuale prescrizioni elettroniche inviate al MEF: 34.153.281 (dal luglio 2012 ad agosto 2013) - numero Medici di Medicina Generale (MMG) e PLS che hanno avviato l'utilizzo delle ricette dematerializzate (a partire dal 10/9/2014): 130 - farmacie eroganti i servizi con ricetta dematerializzata: 500 (circa 50 % del totale)
COSTITUZIONE/ VALORIZZAZIONE BANCHE DATI STRATEGICHE	Es: Banche dati territoriali: - copertura del 100 % del territorio regionale - copertura dell' 80% dei tematismi INSPIRE Beni culturali: - 156 luoghi di cultura (archivi, biblioteche, musei) censiti su www.beniculturali.regione.puglia.it

Obiettivo 2. ECONOMIA DIGITALE

SERVIZI DIGITALI PER L'ACCESSIBILITA' DELLE IMPRESE ALLE INFORMAZIONI E AI PROCEDIMENTI DELLA PA REGIONALE

ACQUISTI DELLE PA

- ✓ 4.133 iscritti all'Albo fornitori online EmPULIA (Novembre 2014 con incremento del 33 % rispetto a Gennaio 2014)
- ✓ Visitatori portale EmPULIA: 200 – 650 / giorno
- ✓ Numero medio di
  - inviti per gara (procedure negoziate): 92
  - offerte presentate dalle imprese (per gara): 4,7
- ✓ Help desk EmPULIA: circa 1.000 richieste / mese

BANDI REGIONALI

- ✓ Numero totale utenti registrati al portale Sistema Puglia: 106.410 di cui
  - 59.351 iscritti al servizio Le Ultimissime (rubrica giornaliera, via email)
  - 51.133 iscritti al servizio sms su pubblicazione nuovi bandi (1.487.740 sms inviati)
- ✓ Istanze di partecipazione a bandi e avvisi gestite su Sistema Puglia: 178.066 (nel 40% dei casi alla gestione telematica è associato l'utilizzo della PEC; nell' 80% dei casi è associato l'utilizzo della firma digitale)
- ✓ 14.484 richieste al Centro Servizi Sistema Puglia per assistenza tecnica su bandi o iniziative attive regionali

FORMAZIONE PROFESSIONALE

- ✓ numero di richieste online di accreditamento di Enti di Formazione: 693 (226 accreditati con procedura telematica)

TURISMO

- ✓ numero di strutture ricettive utenti del servizio SPOT (trasmissione dati movimento turistico): circa 5.000 (86,8 %)
- ✓ imprese turistiche profilate (strutture ricettive, servizi per il turismo, intermediazione) che utilizzano servizi di accreditamento a fiere, etc : 5.283

AUTORIZZAZIONI IMPIANTI FER

- ✓ Numero di istanze di Autorizzazione Unica presentate attraverso Sistema Puglia: 984

AGRICOLTURA

- ✓ numero medio mensile di accessi a portale PSR (Programma Sviluppo Rurale): 12.349
- ✓ numero totale di domande di finanziamento PSR (PMA) presentate: 33.398
- ✓ numero di pratiche UMA (Carburante agricolo) nel 2014: 77.399 (presentate da 54.901 aziende)
- ✓ Help desk PSR
- ✓ Help desk UMA

TRASPORTO MERCI

- ✓ numero imprese di trasporto che partecipano alla sperimentazione servizio monitoraggio merci pericolose : 12 (30 on-board units)

SETTORE WELFARE

- ✓ numero di strutture e servizi socio-assistenziali (strutture per minori, per anziani, per disabili, organizzazioni di volontariato,.....) autorizzati al funzionamento e iscritti ai registri regionali tramite "Puglia Sociale": 5.369

TERRITORIO

	✓ Numero utenti non istituzionali registrati sul portale SIT: > 24.000 ✓ Accessi alla Carta Tecnica Regionale 19.600 ✓ Accessi alle aree non idonee FER 3.600 ✓ Accessi ai dati sulle reti 3.350 ✓ Accessi alla carta idrogeomorfologica 3.600 ✓ 930 richieste di assistenza a Help desk servizi SIT GESTIONE RIFIUTI ✓ Procedura di pagamento ecotassa su aree a discarica tramite Portale tributi
PROCESSI DI INNOVAZIONE DIGITALE DELLE IMPRESE	Programmi a supporto della innovazione delle imprese ✓ numero di bandi per ricerca e sviluppo: 8 ✓ numero di proposte presentate dalle imprese: 923 ✓ numero di progetti co-finanziati dalla Regione: 623 (valore complessivo dei progetti approvati : circa 250 milioni) ✓ 273 soggetti iscritti al Catalogo partner Living Lab (soggetti disponibili a partecipare alle sperimentazioni) ✓ 78 progetti "living lab" finanziati, con il coinvolgimento di più di 190 PMI, 72 enti pubblici, 48 associazioni e un centinaio di Laboratori di ricerca ✓ circa 4.000 risposte online a quesiti di proponenti sul servizio "Richiedi info" di SistemaPuglia:
ACCESSO DELLE IMPRESE ALLE GRANDI INFRASTRUTTURE ICT REGIONALI	✓ Infrastruttura di rete a banda ultra larga (BUL) E'in corso di realizzazione, sulla base di progettualità InnovaPuglia [anche a fronte della consultazione pubblica degli operatori regionali TLC], l'infrastruttura regionale di rete a banda ultra larga che garantirà la disponibilità di accessi a 30 Mbps (ovvero anche a 100 Mbps) in 47 aree PIP e in 148 Comuni, selezionati anche in base all'indice di competitività del territorio (basato su numero di imprese registrate, fatturato, numero di addetti, tipologia societaria) ✓ datacenter InnovaPuglia Infrastruttura e relativi servizi di - business continuity (basata su ridondanza dei CED) - elaborazione (in modalità cloud) - storage (in prospettiva, anche conservazione) - back-up centralizzato utilizzabili dalle imprese per la propria offerta di mercato alle PA (evitando i costi di infrastruttura hw e la relativa manutenzione) (applicazione corrente: sanità) ✓ rete regionale GNSS Rete di 12 stazioni permanenti GNSS (Global Navigation Satellite System), connessa alla infrastruttura del SIT, che eroga servizi di posizionamento e navigazione ad elevata accuratezza e affidabilità (numero iscritti ai servizi della Rete GNSS Puglia: 3.024)

Obiettivo 3. CITTADINANZA DIGITALE	
UTILIZZO DA PARTE DEI CITTADINI DEI NUOVI CANALI DI COMUNICAZIONE CON LA PA	✓ Numero di IdP rilasciate : 9.075 (di cui 2.440 con "autorizzazione forte") ✓ Numero medio mensile di richiesta informative al call center sanità: circa 6.000 ✓ Numero medio mensile di accessi al portale salute : circa 340.000 (inclusivo accessi imprese ad albi pretori delle ASL) ✓ Numero di servizi richiesti per la gestione della posizione individuale nel servizio sanitario regionale (scelta medico, diario vaccinazioni, visura esenzioni): 1.851 ✓ Numero di prenotazioni / disdette di prestazioni sanitarie : 6.015 ✓ Numero di ticket sanitari pagati per via telematica : 1.580 ✓ Numero di Bilanci di Competenza on-line somministrati dagli operatori CPI a soggetti diversi (beneficiari di Ammortizzatori Sociali in Deroga; beneficiari di Garanzia Giovani ; …) : 3.600 ✓ Numero di Corsi a catalogo : 111 ✓ Numero di Iscrizioni on-line a corsi a catalogo : 3.748 ✓ Utenti registrati sul portale dei Servizi Sociali : 15.365 (incremento di circa 100 % su base annua) ✓ numero medio mensile visitatori portale viaggiareinpuglia.it : 63.906 (2014) ✓ numero di download dell'APP PugliaReality+ : 12.370
SERVIZI DI RETE COME STRUMENTO DI PARTECIPAZIONE	✓ 4.000 osservazioni al PPTR (anche con shapefile) ✓ oltre 470 fabbisogni di nuovi prodotti/ servizi presentati in ambito Living Lab da oltre 270 soggetti collettivi rappresentanti dell'utenza ✓ Più di 800 utenti iscritti al portale dedicato LivingLab, 153 follower Tweetter, 377 Like Facebook ✓ Numero di segnalazioni su servizi di Portale della salute : 40 (ottobre 2014) ✓ Numero di segnalazioni su servizio sanitario : 50 (ottobre 2014)
ACCESSIBILITA' DEI CITTADINI A INFRASTRUTTURE DI RETE AD ALTA VELOCITA' (riduzione del *digital divide*)	✓ 2.7 milioni di abitanti (in 148 Comuni, con esclusione dei 7 centri urbani principali) che stanno per essere raggiunti dalla infrastruttura di rete BUL a 30 Mbps

Obiettivo 4. INFRASTRUTTURE DIGITALI	
DIMENSIONAMENTI DELLA INFRASTRUTTURA	✓ 2 CED (ridondati) (per una superficie totale di 400 m^2) ✓ dotazioni datacenter : - sistemi elaborazione (in progressiva migrazione verso modalità IaaS) server fisici : 203 server virtuali : 355 (operati attraverso 18 server fisici) - sistemi storage capacità 219 TB (già occupati al 75 %) - sistemi networking 10 router - sistemi sicurezza 17 firewall 67 switch - infrastruttura per la continuità 5 gruppi elettrogeni 4 UPS - sistema di controllo degli accessi fisici ✓ disponibilità della infrastruttura ICT : 99.9 % ✓ infrastruttura RUPAR Wireless (oltre ai componenti del provider servizi mobili) - 2 router - 3 server - 440 dispositivi mobili (applicazioni : 118/ Protezione civile)
SERVIZI DI ASSISTENZA OPERATIVA	✓ Supporto ai Centri Servizio (intervento su allarme) : circa 10 interventi / mese (sulla base di monitoraggio continuo di circa 9.000 punti di controllo) ✓ Manutenzione dei sistemi (change management [RfC], interventi su chiamata a helpdesk,…) : 132 RfC / 537 ticket default (dato Ottobre 2014) ✓ Servizi di back-up e restore : - circa 100 sessioni di back-up / giorno - totale di 114 ore / giorno di impegno di 7 tape library Sistema di Gestione Sicurezza delle Informazioni (SGSI) certificato ISO 27001
VERSO SOLUZIONI "APERTE"	✓ Livello di utilizzo tecnologie open source O.S. 80 % (Lynux) DB 20 % front end 70 % ✓ open data - 16 dataset pubblicati - piattaforma pronta (protocollo di utilizzo : in via di definizione)

Linee di intervento

1. Digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali interoperabili della PA offerti a cittadini e imprese

Azione 1.1 Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi per l'efficienza e la trasparenza della PA e per il rafforzamento del sistema di e-government regionale

La svolta necessaria dello sviluppo di un sistema di e-government deve essere orientata a un diffuso "pensare e progettare digitale" e finalizzata a obiettivi che oltre alla riduzione dei costi e all'aumento di produttività, concretamente assumano come requisito primario la centralità dei destinatari dei servizi della Pubblica Amministrazione, ovvero cittadini, sistema sociale, sistema produttivo. Gli alti obiettivi di qualità che vogliamo raggiungere devono essere tarati sul fabbisogno e sulla percezione di qualità che tali destinatari esprimono. Ciò significa assumere un modello di qualità dei servizi che veda fra i suoi attributi misurabili la riduzione dei tempi di attesa (WT: Waiting Times), la semplificazione e l'abbattimento delle barriere di accesso (EA: Equal Access), la disponibilità tempestiva del servizio e l'univoca referenza di responsabilità (R&A: Responsiveness of services and Accountability).

Attività

1.1.a Sistema di supporto alla semplificazione e accelerazione delle procedure amministrative

Sviluppo e promozione di una Rete regionale di sportelli telematici che condivida standard e metodologie di gestione dei procedimenti amministrativi delle PP.AA. nel territorio regionale (SUAP, SUAE, VIA, VAS, ecc.). E' prevista la realizzazione di una serie di interventi mirati a fornire supporto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi e allo svolgimento delle Conferenze di Servizi di cui all'art. 5 del D.P.R. 447/1998, alla verticalizzazione dei procedimenti dei SUAP e alle procedure connesse con le autorizzazioni/valutazioni ambientali e territoriali (VIA, VAS, Autorizzazione Paesaggistica, Autorizzazione Unica, …), alla costituzione della Banca Dati dei Procedimenti Regionali (Catalogo dei Procedimenti) e definizione dello schema di funzionamento dei servizi erogati sul territorio pugliese, per una gestione dei meccanismi di aggiornamento e cooperazione applicativa di tutti gli sportelli della rete regionale per l'adozione del catalogo centralizzato (gestire a livello centrale e in economia i cambiamenti normativi nel tempo, gli adeguamenti dei procedimenti e dei *workflow*, gli adeguamenti della modulistica, ecc.) e verso i sistemi informativi degli enti per l'aggiornamento delle rispettive banche dati. Inoltre, sarà definito un modello funzionale per la costituzione della "Banca Dati Regionale" delle istanze di autorizzazione, con il relativo iter procedurale e gli adempimenti necessari per le procedure autorizzatorie, nonché comprensiva di tutte le informazioni disponibili a livello regionale, ivi comprese quelle concernenti le attività promozionali, che saranno fornite alle istituzioni su apposita richiesta o nel caso di adempimenti a leggi regionali o statali.

1.1 b Sistema di supporto alla dematerializzazione delle interazioni con i cittadini e le imprese

Realizzazione della piattaforma di supporto alla dematerializzazione dei documenti e della digitalizzazione dei processi, con particolare focus sulla fatturazione elettronica, i pagamenti della PA, la catena del valore dei processi di acquisto, il *workflow management*, e l'impatto sui sistemi e sulla gestione delle relazioni tra fornitori e stazioni appaltanti che consenta:

- Convergenza sulla definizione del concetto di dematerializzazione e adozione di un modello concettuale-archivistico di riferimento.

- Condivisione di standard tali da consentire – al sistema amministrativo regionale e agli enti locali – la effettiva cooperazione digitale tra le amministrazioni e il territorio.
- Semplificazione dei procedimenti amministrativi, reingegnerizzazione, digitalizzazione e standardizzazione di processi e procedure, con effettiva riduzione di costi e tempi per le pp.aa. locali, i cittadini, le imprese, i *professionisti (riduzione degli oneri amministrativi).*

1.1.c Sistemi per una Giustizia del territorio più efficace ed efficiente

Miglioramento delle performance di efficacia ed efficienza degli uffici giudiziari pugliesi e del rapporto costi-benefici tra questi e la comunità di attori che interagiscono con i servizi della giustizia. Ampliamento della gamma di servizi digitali per raggiungere gli obiettivi strategici di: riduzione della carta circolante; minor affollamento degli uffici giudiziari; snellimento delle pratiche con conseguente riduzione dei tempi di espletamento; aumento della sicurezza delle informazioni trattate e della trasparenza dell'azione pubblica, secondo una logica di qualità del servizio offerto. In particolare, si opererà sulla realizzazione del sistema per la tutela penale del territorio e dell'ambiente. Attraverso l'interconnessione degli atti presenti nel fascicolo digitale relativo alla fase delle indagini preliminari e delle basi dati del catasto dei terreni, della proprietà, dei piani regolatori dei comuni, dei piani regionali di predisposizione dei vincoli sul territorio, dei terreni oggetto di incendio per i quali è vietato l'utilizzo edilizio, delle aerofotogrammetrie del territorio, devono gestirsi i dati e i documenti relativi a una determinata zona (fotografie, mappe, fonti dei vincoli, ecc.). L'insieme di tali dati deve confluire nel fascicolo penale da produrre in fase dibattimentale. Inoltre, sarà affrontato il tema del collegamento tra l'ufficio giudiziario e l'Agenzia delle Entrate, la Guardia di Finanza e altri Enti pubblici per rilevare le informazioni necessarie al riconoscimento del gratuito patrocinio e delle spese di giustizia ai soggetti indigenti e alla gestione della documentazione per la liquidazione degli onorari e del sistema ministeriale dei mandati di pagamento. Riuso del sistema per la valutazione delle capacità genitoriali e la sperimentazione della recuperabilità delle stesse a un livello non pregiudizievole per il minore; possibilità di gestire i procedimenti finalizzati al riconoscimento delle coppie aspiranti all'adozione internazionale come idonee o non idonee alla stessa.

1.1.d Sistema di supporto alle politiche del lavoro e governance del sistema formazione-lavoro-istruzione regionale

Creazione di una rete integrata di nuovi servizi per il lavoro, formazione e orientamento finalizzata al monitoraggio delle dinamiche occupazionali, alla rilevazione dell'incontro tra domanda - offerta di lavoro su tutto il territorio regionale e all'erogazione di servizi mirati di accompagnamento per le diverse categorie di utenti in cerca di occupazione. Ideazione di un modello regionale di lettura integrata dei dati (provenienti da fonti diverse) di supporto alla valutazione d'impatto delle politiche. Definizione di standard tecnici e organizzativi dei servizi per il lavoro e la formazione professionale e delle modalità di interazione telematica che garantiscano una maggiore interoperabilità tra i sistemi operanti nella rete dei Centri Per l'Impiego regionali. In conformità al modello architetturale basato sulla integrazione e cooperazione applicativa, si realizzerà una piattaforma integrata dei nuovi servizi per il lavoro, l'orientamento e la formazione basata sull'infrastruttura tecnologica esistente interoperabile e sulla condivisione di basi di dati. Superamento degli attuali limiti dei servizi erogati dai centri provinciali per l'impiego e offerta di un quadro di informazioni e transazioni telematiche quanto più esaustivo e utile per chi è in cerca di occupazione. Inoltre saranno create le condizioni tecnologiche per fornire supporto all'osservatorio del mercato del lavoro regionale, basato sui

dati generati dalle comunicazioni obbligatorie dei datori di lavoro in tema di forza lavoro (assunti, dimessi, cassintegrati, tipologia di professioni e mestieri, …) e sul sistema dei percettori di ammortizzatori sociali dell'INPS e sugli indicatori nazionali.

1.1.e Sistema di supporto alle politiche del Welfare regionale

Potenziamento delle funzionalità e dei sistemi info-telematici per il governo dell'offerta di servizi sociali e sociosanitari, dematerializzazione dei processi di gestione istituzionale dei registri regionali delle strutture e dei servizi autorizzati al funzionamento. Estendere il processo di dematerializzazione dei procedimenti amministrativi anche nella direzione degli open data. Favorire l'implementazione su piattaforma informatica della gestione delle procedure di selezione delle operazioni a valere sulle principali linee di attività per gli investimenti pubblici e privati in ambito sociale e sociosanitario territoriale

1.1.f Sistema di supporto alle politiche abitative regionali

Potenziamento del sistema di vigilanza, elaborazione, attuazione e revisione delle politiche abitative nel campo dell'edilizia residenziale pubblica e sociale al fine di realizzare e sperimentare un sistema in grado di integrare, promuovere ed estendere gli attuali servizi di osservatorio regionale delle politiche abitative (ORCA - Osservatorio Regionale della Condizione Abitativa) con nuovi servizi a supporto della acquisizione e raccolta delle conoscenze sistematiche sulle condizioni e i fabbisogni abitativi nel territorio regionale. In altri termini, si intende sperimentare metodi di rilevazione dati, strumenti e standard tecnici a supporto di un sistema informativo regionale finalizzato alla programmazione regionale e locale e alla gestione dei processi di monitoraggio degli interventi regionali in tema di edilizia residenziale pubblica e sociale.

1.1.g Sistemi di supporto al monitoraggio economico-finanziario degli investimenti

Potenziamento della capacità di monitoraggio, analisi e valutazione della spesa dei fondi comunitari, attraverso la dematerializzazione e automazione dei processi e il completamento degli iter procedurali con il pagamento elettronico. A livello operativo si prevede:

- Digitalizzazione dei rapporti con la PA, per rafforzare l'interazione con i destinatari dei finanziamenti, basata sull'integrazione con il sistema IDP regionale e la PEC. Raccolta dei documenti digitali prodotti dall'utenza e dalla Regione in fascicoli aziendali e realizzazione di servizi orientati alla trasparenza dei procedimenti e all'utilizzo di interfacce per mobile.
- Cooperazione applicativa con Organismi esterni coinvolti nei processi di controllo sui finanziamenti, finalizzata a minimizzare la richiesta di documentazione nella fase di istruttoria.
- Specializzazione del sistema in base alle esigenze di controllo, monitoraggio e programmazione delle diverse strutture regionali interessate all'attuazione di programmi regionali.

a) Sistemi di supporto al monitoraggio economico-finanziario degli investimenti

Potenziamento della capacità di monitoraggio, analisi e valutazione della spesa erogata sui Programmi Attuativi/Operativi Regionali, siano essi finanziati con fondi comunitari, nazionali, regionali.

Si tratta di implementare un Sistema Unitario di Monitoraggio degli Interventi finanziati a vario titolo dalla regione Puglia (PAR-FSC, PAC-Puglia, PO FESR/FSE 2014-2020,…) che rafforzi l'interazione dei soggetti coinvolti nel processo di governance degli interventi, favorendo:

- La dematerializzazione e automazione dei processi con la raccolta in fascicoli dei documenti digitali prodotti dall'utenza e dalla Regione;
- La realizzazione di servizi orientati alla trasparenza dei procedimenti e delle loro fasi di avanzamento anche con l'utilizzo di interfacce per mobile;
- La Digitalizzazione dei rapporti con la PA, per rafforzare l'interazione con i destinatari dei finanziamenti, basata sull'integrazione con il sistema IDP regionale e la PEC;
- L'attuazione delle nuove regole europee in materia di aiuti de minimis
- L'integrazione con i sistemi regionali esistenti in una ottica di cooperazione nel processo di alimentazione e consultazione della base informativa (Sistema Puglia, COBRA, CIFRA, DIOGENE, ecc…);
- La Cooperazione applicativa con Organismi esterni coinvolti nei processi di controllo sui finanziamenti;
- La Specializzazione del sistema in base alle esigenze di controllo, monitoraggio e programmazione delle diverse strutture regionali interessate all'attuazione;
- Il rafforzamento dell'utilizzo di strumenti decisionali basati su tecnologie di analisi e interpretazione di dati eterogenei, anche a fini predittivi, a supporto del ruolo di programmazione, governo e indirizzo.

1.1.h Sistemi di supporto al monitoraggio economico-finanziario degli investimenti in ambito delle Politiche AgroAlimentari

Potenziamento della capacità di monitoraggio, analisi e valutazione della spesa erogata sul Piano di Sviluppo Rurale 2014-2020 attraverso la piena integrazione dei processi regionali di governance degli interventi con i dati propri dell'Organismo pagatore AGEA.

Si intende realizzare un sistema che favorisca:

- L'interazione con i destinatari dei finanziamenti, consentendo una piena autonomia nella formulazione della richiesta di finanziamento e rendendo disponibili servizi orientati alla trasparenza dei procedimenti e delle loro fasi di avanzamento anche con l'utilizzo di interfacce per mobile;
- La Digitalizzazione dei rapporti con la PA, basata sull'integrazione con il sistema IDP regionale, la PEC e il protocollo informatico, attraverso l'automatizzazione dell'intero iter attuativo dei finanziamenti quali: ricorsi, comunicazioni di vario titolo, rendicontazioni intermedie, ecc.;
- La dematerializzazione con la raccolta in fascicoli aziendali dei documenti digitali trasmessi dall'utenza e prodotti dalla regione;
- L'attuazione delle nuove regole europee che disciplinano nel settore dell'agricoltura in materia di aiuti de minimis;
- La Cooperazione applicativa con Organismi esterni coinvolti nei processi di attuazione dei finanziamenti; in particolare s'intende potenziare l'interscambio dei dati con l'AGEA ampliando la tipologia di informazioni in modo da coprire tutte le fasi attuative del programma comprensive dei dati di pagamento e certificazione;
- Il rafforzamento dell'utilizzo di strumenti decisionali basati su tecnologie di analisi e interpretazione di dati eterogenei, anche a fini predittivi, a supporto del ruolo di programmazione, governo e indirizzo.

1.1.i Sistemi di supporto alla gestione amministrativa - contabile

Consolidamento dei sistemi a supporto della gestione amministrativa contabile, nel rispetto delle evoluzioni normative e delle disposizioni previste dall'Agenda Digitale; in particolare si prevede:

- Potenziamento dei sistemi a supporto delle attività dell'area Finanza in particolare ragioneria, servizio controlli e servizio finanza;
- Realizzazione di sevizi orientati al cittadino in grado di rendere possibile la completa trasparenza e il pieno accesso ai dati della PA;
- Potenziamento dei sistemi a supporto delle attività dell'Area Organizzazione e riforma dell'amministrazione in materia di gestione del personale;
- Realizzazione del nodo regionale di fatturazione elettronica anche con funzioni di hub nei confronti degli enti territoriali in ottemperanza alla normativa in materia;
- Realizzazione del Nodo Regionale dei Pagamenti Telematici interconnesso con il Nodo Nazionale dei Pagamenti SPC (Sistema Pubblico di Connettività) per l'attivazione del pagamento elettronico, in ottemperanza all'obbligo per le pubbliche amministrazioni di accettare i pagamenti a qualsiasi titolo dovuti, anche con l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

1.1.j Integrazioni funzionali mediante Business Intelligence nell'ambito del SIRP

Valorizzazione del patrimonio informativo regionale a supporto delle decisioni e delle politiche di governo, mediante la trasformazione dell'ingente quantitativo di dati, rivenienti da sorgenti interne ed esterne, in informazioni integrate.
Si intende realizzare un sistema, basato su strumenti di Business Intelligence, che consenta la condivisione interna di informazioni e che sia in grado di gestire in input quantità di dati e informazioni sempre più grandi e di restituire in maniera sempre più sintetica e intuitiva le informazioni utili al proprio processo decisionale.
L'azione si sviluppa in:

- Disegno del metadati delle informazioni gestite dai sistemi informativi regionali comprendenti le informazioni prodotte dai processi interni e da fonti esterne, al fine di identificare la fonte primaria degli stessi, armonizzarne i contenuti, definire le politiche di alimentazione e condivisione.
- Implementazione del datawarehouse che integra e raccoglie in un unico contenitore i dati regionali.
- Progettazione e realizzazione di un sistema di condivisione dei dati di comune interesse tra i sistemi informativi regionali.
- Realizzazione di specifiche funzionalità orientate alla consultazione dei dati (estrazione, reporting, ecc.) con rappresentazioni efficaci e fruibili anche tramite dispositivi mobili.

1.1.k Ampliamento ed evoluzione dell'offerta di servizi interattivi del Sistema Informativo Regionale Turistico

Innovazione dei servizi offerti dal Sistema Informativo Regionale Turistico attraverso lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli di fruizione e di gestione coordinata dell'offerta turistica. Tra gli interventi previsti: la completa informatizzazione dei processi amministrativi, finalizzata al completamento della messa in rete degli attori coinvolti; *Business Intelligence* sui dati di fruizione e di gradimento per la ri-pianificazione delle strategie di promozione; produzione di "open data" in ambito turistico che renda digitalmente disponibile a tutti coloro che operano nella complessa filiera dei servizi turistici il patrimonio informativo regionale; soluzioni tecnologiche per l'ascolto della rete (*web reputation*) e il *booking on-line* (gratuito per gli operatori) collegato al DMS; APP che rispondano alla semplificazione e alla risoluzione di piccoli problemi informativi inerenti i consumi turistici e culturali; evoluzione del portale turistico e del DMS.

1.1.l Esercizio ed Evoluzione del sistema di Posta Elettronica Certificata

Il Servizio di Posta Elettronica Certificata, in uso presso tutti gli uffici della Regione Puglia e che conta ad oggi oltre 3000 utenti in tutto il territorio pugliese, è stato oggetto, nel 2013-2014 di un'azione di potenziamento nell'ambito del progetto CRIPAL. Le nuove funzionalità includono il protocollo IMAP, il Webmail, un nuovo portale di front office e back office e altre funzionalità per rendere la PEC più efficace.

Nei prossimi anni è prevista un'azione di messa in esercizio delle modifiche attualmente in fase di completamento, di supporto all'utenza, di mantenimento dei requisiti di legge necessari per la qualificazione, obbligatoria per legge, di InnovaPuglia come Gestore PEC iscritto all'indice dei gestori detenuto da AgID.

1.1.m Esercizio ed Evoluzione del sistema di Protocollo Informatico

Il Protocollo Informatico, sviluppato da InnovaPuglia, è stato adottato sin dal 2007 come piattaforma per la protocollazione degli atti della Regione Puglia (v. DGR 717 28/05/2007). La piattaforma ha subito nel corso degli anni diverse evoluzioni che sono state realizzate nell'ambito dei progetti ICAR, CRIPAL, CRIPAL2 ed è tuttora sotto manutenzione da parte di InnovaPuglia. Il software della piattaforma di Protocollo è stato portato in open source ed è attualmente disponibile su rete a tutti gli Enti della PA Italiana. Il Protocollo di InnovaPuglia è *reference implementation* per i test di conformità in ambito CRIPAL. Sarà necessaria una integrazione del software di protocollo con il sistema di conservazione (Polo di Conservazione Regionale) che InnovaPuglia metterà in esercizio nel 2015.

1.1.n Esercizio ed Evoluzione del sistema di Identità Federata

Nell'ambito del progetto CRIPAL2 è stato realizzato l'*Identity Provider Regionale*. Esso consente l'autenticazione dell'utente unica per tutti i servizi regionali a cui il cittadino si iscrive. Sempre nel progetto CRIPAL2 è stata realizzata una specifica di software *Service Provider* (SP) da integrare nei portali Web delle amministrazioni che permetta loro di "dirottare" verso il server centrale IdP le richieste di autenticazione ottenendone in pratica una sorta di *Single Sign On*. Tale servizio, oltre alla gestione operativa e alle attività di manutenzione ordinaria avrà sicuramente bisogno di ulteriori modifiche e adattamenti normativi visto che il Governo sta varando lo SPID.

1.1.o Esercizio ed Evoluzione dell'infrastruttura di Cooperazione Applicativa

Nell'ambito del progetto ICAR sono state aggiornate le piattaforme per la cooperazione Applicativa (Porta di Dominio, Gestore Eventi, *Repository* degli Accordi di Servizio). Nei progetti CRIPAL tale piattaforma ha subito delle evoluzioni e nel Centro Tecnico si è installata e diffusa (ASL) la soluzione di cooperazione e si sono conseguite le certificazioni sia della PDD Regionale, che delle PDD delle ASL pugliesi. L'attività prevede ulteriori emendamenti alla piattaforma per renderla fruibile anche da aggregazioni di Enti pubblici (porta multiente). E' prevista una riscrittura del software di GE attraverso il *framework open source* WSO2.

1.1.p Polo di Conservazione Regionale

Per far fronte agli obblighi normativi della conservazione la Regione Puglia, così come altre regioni, vuole realizzare un polo di conservazione con la conduzione tecnica e operativa di InnovaPuglia. Attualmente c'è il progetto di riuso con la Regione Emilia Romagna che prevede l'installazione e la personalizzazione del software *ParER* nel CED di InnovaPuglia. Il servizio partirà a Marzo 2015 con la conservazione delle fatture elettroniche. Il servizio comprenderà altre pratiche e si svilupperà in considerazione delle esigenze, anche normative, di conservazione che la Regione Puglia e gli enti del territorio porranno. E' prevista nel corso del 2015 la certificazione del polo di conservazione secondo le attuali normative e standard imposti da AgID.

1.1.q Attività di qualità e misura del SW

Negli ultimi anni si è definito in InnovaPuglia un modello di sviluppo sia per quanto riguarda il SW sviluppato internamente con l'ausilio di risorse esterne (contratti a misura di risorse), sia per quanto riguarda il SW progettato e sviluppato mediante gare a misura di prodotto.

Sono già stati focalizzati, e devono essere approfonditi, metodi per il monitoraggio e gestione di progetti in outsourcing. Altro tema estremamente attuale è la misura dimensionale del SW da realizzare e da mantenere. InnovaPuglia vuole introdurre negli appalti per la realizzazione del SW le misure dimensionali per avere un parametro certo di costo anche in osservanza delle linee guida pubblicate da AgID sugli appalti di sviluppo SW. L'introduzione di standard per quanto riguarda la realizzazione e la misura consentirà un processo di approvvigionamento più controllabile e dei prodotti più mantenibili anche da parte di attori che potranno cambiare le tempo.

Azione 1.2 Soggetto Aggregatore delle regione Puglia (SArPULIA)

La Regione Puglia, al fine del perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e di trasparenza, regolarità ed economicità della gestione dei contratti pubblici, promuove e sviluppa, nel rispetto della normativa nazionale, il processo di razionalizzazione dell'acquisizione di lavori, beni e servizi delle amministrazioni e degli enti aventi sede nel territorio regionale attraverso il ricorso alla centrale di committenza regionale designando (art. 20 L. R. n. 37 del 1 agosto 2014) InnovaPuglia soggetto aggregatore regionale (art. 9 L. 89/2014).

A InnovaPuglia pertanto è richiesto di:

- Fornire attività di centralizzazione delle committenze e quelle ausiliarie ai sensi della direttiva 2014/24/UE in favore della Regione e delle aziende ed enti del SSR e previa apposita convenzione di operare anche a favore di enti e agenzie regionali, di EE. LL. nonché loro consorzi, unioni e associazioni oltre che verso eventuali ulteriori soggetti interessati di cui all'art. 32 del d.lgs. 163/2006.
- Supportare gli operatori economici che agiscono o che intendono proporsi come fornitori delle Amministrazioni sopra riportate.

Rispetto a questi obiettivi, InnovaPuglia

- Gestisce la piattaforma software di e-procurement denominata EmPULIA, dotata di apposite funzionalità per la gestione di procedure di gara aperte, ristrette e negoziate, del negozio elettronico per acquisti di prodotti a catalogo, del sistema per la gestione di Sistemi Dinamici di acquisizione, dell'Albo fornitori on line.
- Eroga, attraverso un team dedicato di professionisti, servizi di assistenza tecnica agli enti appaltanti, di gestione dell'Albo fornitori, di supporto (help desk) e di formazione dell'utenza all'uso della piattaforma.

InnovaPuglia, a seguito della L.R. 37/2014, è intenta a:

- Predisporre le nuove funzioni di stazione unica appaltante (SUA ex DPCM n, 55215 del 30/06/2011).
- Consolidare le funzioni di Centrale di Acquisto Territoriale (comma 455 dell'art 1 legge finanziaria del 2007).

In quanto Soggetto Aggregatore InnovaPuglia si trova a operare nell'ambito del Tavolo Tecnico nazionale composto da Consip e altri soggetti aggregatori per definire merceologie da aggredire e modalità operative per contribuire alla razionalizzazione della spesa pubblica statale. Sono in fase di realizzazione (Azione 1.5.3) interventi di sviluppo funzionale dei servizi di EmPULIA (per adeguarli alle evoluzioni della normativa e per ampliare il range di intervento della piattaforma anche alle fasi pre- e post-gara) oltre che di rinnovamento tecnologico della piattaforma (per riallinearlo ai nuovi trend tecnologici oltre che per una efficace integrazione di EmPULIA nel Sistema Integrato Regionale della Regione Puglia (con riferimento, in particolare, all'IDProviding e al gestore documentale Diogene).

Nei prossimi tre anni si dovrà agire secondo due direttrici:

- Evoluzione e ampliamento delle funzioni di SArPULIA rispetto a quanto attualmente offerto da EmPULIA caratterizzata da nuove strutture organizzative, nuove competenze chiave per le risorse umane, nuovi output di servizio.
- Adeguamento dei servizi EmPULIA alla nuova disciplina degli acquisti pubblici (direttiva 2014/24/UE), all'integrazione nell'ambito della rete nazionale di e-procurement, all'obbligo di rendere EmPULIA idonea alla programmazione, gestione, monitoraggio, e controllo degli affidamenti.

Ai fini di una proficua operatività, SArPULIA deve saper gestire con efficacia tre funzioni chiave: la gestione dei rapporti con l'utenza (PP.AA. e operatori economici), la gestione delle procedure di acquisto (in tutte le sue fasi) e la evoluzione dei sistemi informativi (e-procurement, fatturazione elettronica, conservazione sostitutiva ecc.).

La nuova struttura organizzativa, oltre a garantire il presidio delle tre aree principali sopra riportate, deve inoltre assicurare il collegamento con gli organi esterni di controllo strategico e di performance: Organismo regionale di cui al comma 6 art. 20 e dell'art. 22 della L.R. 37/2014), Tavolo tecnico nazionale (art. 9 L 89/2014), AVCP-ANAC.

La struttura organizzativa di SArPULIA, quale parte integrante di InnovaPuglia S.p.A., è ordinariamente inserita nel sistema di indirizzo e di governo che fa capo al Consiglio di Amministrazione ed è sottoposta alle funzioni di monitoraggio e controllo aziendali.

A tale struttura direzionale, che sovrintende all'andamento ed è responsabile della gestione complessiva di SArPULIA afferiscono due funzioni:

- La prima relativa a gare e appalti che opera come centro regionale di competenza su gare e contratti di lavori, beni e servizi, in tale ambito assicura l'operatività delle funzioni di Centrale di committenza regionale e attività di committenza ausiliarie.
- La seconda operante come centro regionale di competenza di public procurement, nello specifico, in tale ambito garantisce la continuità di esercizio, lo sviluppo e la promozione del servizio telematico denominato EmPULIA e assicura l'operatività tecnica delle funzioni di Centrale di Acquisto Territoriale.

Attività

1.2.a Erogazione dei servizi di centralizzazione delle committenze e committenze ausiliarie

I servizi erogati da SArPULIA possono raggrupparsi in:

- Gestione delle singole procedure di gara su richiesta degli Enti/Soggetti ubicati sul territorio regionale, in particolare nell'ambito della fase procedimentale che va dal bando alla proposta di aggiudicazione definitiva della gara per la realizzazione di lavori, prestazioni di servizi, l'acquisizione di forniture.
- Gestione della Centrale di Acquisto Territoriale (CAT) istituita ai sensi del comma 455 dell'art. 1 della L. 27 dicembre 2006 n. 296.
- Gestione dell'Albo fornitori.
- Gestione della piattaforma telematica e del portale EmPULIA e dei servizi connessi (addestramento, help desk, ecc.).

1.2.b Startup e avvio alla gestione del SArPULIA

L'art. 9 della legge n. 89/2014 prevede l'istituzione (presso l'ANAC) dell'Elenco dei Soggetti Aggregatori, cui fanno parte CONSIP, una Centrale di Acquisto per ogni Regione e altre Centrali di Committenza il cui ambito sia ritenuto ottimale ai fini dell'aggregazione e della centralizzazione della domanda. InnovaPuglia, il soggetto aggregatore della regione Puglia (ex art. 20 L.R. 37/2014), ha pertanto la necessità di avviare la nuova struttura operativa e potenziare il *know how* interno finalizzato allo svolgimento delle funzioni tipiche di Stazione Unica Appaltante e Centro Acquisto Territoriale.

La fase di *startup*, da concludersi entro il 31/12/2015, richiede che vengano predisposti e realizzati opportuni interventi finalizzati ad adeguare InnovaPuglia alle accresciute funzioni di soggetto aggregatore regionale. I suddetti interventi sono di seguito sintetizzati con la stima preliminare della spesa necessaria.

Interventi previsti:

- Supporto e avvio della nuova struttura mediante servizi consulenziali di tipo direzionale, amministrativo e merceologico, consulenza sulla immagine del SaRP (affiancamento alla gestione di procedure pilota, supporto merceologico, bandi tipo e schemi di contratto, razionalizzazione degli strumenti di e-procurement esistenti, procedure interne).
- Trasferimento di know how e interscambio di esperienze e best practice mediante la costruzione di partnership con altri Soggetti Aggregatori (es. procedure appropriate per specifiche merceologie, sistemi di codificazione merceologica, accordi con le amministrazioni e con gli stakeholder).
- Adeguamenti urgenti della piattaforma EmPULIA alla L. R. 37/2014 (non rientrante nella azione 1.5.3) e integrazioni richieste dal Tavolo Tecnico dei soggetti aggregatori.

Azione 1.3 potenziamento di servizi, contenuti e applicazioni per lo sviluppo sostenibile territoriale caratterizzati da un forte coordinamento sovra territoriale in ambiti di diretto interesse per la qualità della vita (con particolare riferimento ai temi e-health e e-care) e la sostenibilità ambientale

Attività

1.3.a Servizi informativi e interattivi per cittadini, professionisti e imprese

La linea di attività comprende interventi per la realizzazione di sistemi applicativi e l'erogazione di servizi funzionali a semplificare l'accesso al SSR Puglia. Gli specifici interventi terranno conto delle evoluzioni che si determineranno per effetto dell'emanazione di nuove norme nonché dell'attuazione del Patto della Salute e del connesso Patto della Sanità Digitale in attuazione dell'art. 15.

Ampliamento ed evoluzione dell'offerta di servizi interattivi del Portale Regionale della Salute
Il progetto intende consolidare ed estendere i servizi offerti dal Portale regionale della Salute all'intera popolazione della regione Puglia, ma anche a cittadini di regioni vicine, rispetto alle quali il sistema sanitario regionale esercita una mobilità attiva.

Il progetto farà propri i risultati già raggiunti nel Portale regionale della Salute, in particolare il modello organizzativo per la gestione dei servizi informativi da parte di una rete di redazioni distribuite sul territorio, la migrazione dei siti istituzionali delle aziende sanitarie nel Portale, l'offerta di servizi a cittadini mediante cooperazione applicativa con i Sistemi Informativi (SI) regionali e aziendali in ambito sanitario.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono:

- L'uso dei nuovi servizi esposti dai SI realizzati in ambito sanitario (Edotto, SIST, CUP, e-CUP, …) Sistema Informativo della Prevenzione) per il miglioramento dei servizi informativi (per i quali si passerà da una gestione mediante CMS a una gestione mediante accesso alle informazioni rese disponibili dai SI).
- La realizzazione di nuovi servizi interattivi per i cittadini e imprese secondo le indicazioni del CAD e dell'Agenda Digitale, mediante cooperazione applicativa con i SI realizzati in ambito sanitario, confermando così la funzione di Sistema Unico di Accesso ai servizi Sanitari esistenti e in via di realizzazione.
- Il miglioramento dell'offerta informativa mediante servizi di georeferenziazione di strutture e servizi del sistema sanitario regionale
- La sperimentazione di servizi di partecipazione e comunicazione con i cittadini e le imprese con particolare riguardo al paradigma web 2.0.

Le soluzioni tecnologiche e architetturali adottate dovranno tener conto dei vincoli di affidabilità posti al Portale come sistema ospite dei siti istituzionali delle Aziende sanitarie della regione.

Il Portale della salute, disponibile al pubblico a far data dal 21 marzo 2011, ospita oltre a una sezione regionale, i siti istituzionali delle Aziende Sanitarie pubbliche regionali (Linee Guida per i Siti della PA del Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, Delibera di Giunta 1101 del 16 maggio 2011).

Portale regionale della Salute – Servizio

L'intervento si configura come la prosecuzione del progetto "Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità, nella parte relativa alla gestione dei contenuti informativi della sezione regionale del Portale regionale della Salute, implementazione di nuovi servizi e dispiegamento di assistenza tecnica agli operatori aziendali. Esso si propone il continuo miglioramento del servizio attualmente reso, avendo cura di soddisfare le esigenze di assistenza degli utenti dei servizi interattivi del Portale.

L'intervento in particolare ha lo scopo di:

- Garantire l'operatività delle infrastrutture tecnologiche del Portale della Salute;
- Garantire la gestione delle segnalazioni/richieste pervenute al Portale della salute;
- Garantire la gestione dei contenuti della sezione regionale del Portale della salute;
- Ampliare le funzionalità dei servizi interattivi offerti dal Portale (come ad esempio le prenotazioni on-line), attraverso l'implementazione, l'adattamento e il dispiegamento progressivo dei servizi alle ASL che non li hanno ancora resi disponibili;
- Migliorare la gamma di servizi offerti dal Portale, dando risposte alle esigenze manifestate dalle redazioni aziendali e regionale, attraverso azioni di assistenza tecnica e di manutenzione adeguativa e correttiva sul software del Portale
- Manutenere la visibilità sul Portale degli enti del servizio sanitario regionale.

1.3.b Digitalizzazione dei servizi e processi produttivi delle Aziende Sanitarie e organizzazioni del SSR

Migliorare la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria, potenziare l'accessibilità dei servizi sanitari e garantire la sostenibilità del SSR attraverso azioni operative finalizzate ad aumentare la sostenibilità e

l'efficienza dei sistemi sanitari attraverso l'innovazione di processo e tecnologica e la promozione dei cambiamenti organizzativi; migliorare la gestione dei soggetti fragili (anziani, pazienti cronici, pazienti con più patologie concomitanti) attuando un'efficace prevenzione e promozione della salute; sostenere l'equità dell'accesso alle cure e l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Comprende interventi che forniscono soluzioni alle esigenze di gestione dei servizi e dei processi produttivi in ambito sanitario, specifici e circoscritti, sempre più orientati alla dematerializzazione e digitalizzazione degli stessi, organizzata anche in cooperazione con molteplici sistemi informativi di diverse organizzazioni. In particolare attua interventi comprendenti assistenza tecnica in materia ICT, monitoraggio dei contratti e dei livelli di servizio, assistenza tecnico-applicativa all'utenza negli ambiti di seguito indicati.

Sistema Informativo Sanitario Territoriale e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) della Regione Puglia, è il Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) che gestisce la dematerializzazione della ricetta cartacea ai sensi del D.M. 2/11/2011 e ai sensi dell'art.13 della L.221 di conversione del **D.L. 179 18/10/2012**, i flussi prescrittivi ai sensi del DPCM 26/03/2008, per l'invio giornaliero delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche prodotte dai medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali e ospedalieri su ricetta SSN verso il Ministero dell'Economia e Finanze.

A tal fine il SIST ha integrato le applicazioni in uso nei diversi ambiti di intervento (studi medici, farmacie, Centri Unici di Prenotazione) operando secondo un principio di salvaguardia degli investimenti in attrezzature tecnologiche e know-how e di cooperazione con i sistemi applicativi esistenti.
Il sistema è inoltre deputato alla progressiva realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dei cittadini pugliesi, istituito con la Legge Regionale n.16/2011 e ai sensi dell'art.12 della L.221 di conversione del D.L. 179 18/10/2012, attraverso l'alimentazione dai repository aziendali della Puglia, assicurando le interazioni necessarie da/verso le altre regioni, in ottemperanza ai decreti attuativi in via di progressiva emanazione.

Sistema Informativo Regionale per gli Screening Oncologici

L'intervento pertiene l'erogazione di servizi di assistenza tecnica in materia ICT, monitoraggio e gestione dell'evoluzione funzionale e infrastrutturale del sistema informativo per lo screening dei carcinomi della cervice uterina e del colon-retto, nonché la sostituzione della piattaforma applicativa dedicata allo screening del carcinoma della mammella. Il sistema coopererà con gli altri sistemi della sanità elettronica e, in primis, con il Portale regionale della Salute (per i referti on-line) e il sistema informativo regionale delle anatomie patologiche. Altre integrazioni sono previste ai fini di ottimizzare la selezione della popolazione bersaglio e la gestione delle sospensioni temporanee e delle esclusioni definitive dai programmi di screening.

Sistema Informativo Regionale per le Anatomie Patologiche

L'intervento persegue l'obiettivo di riconvertire le diverse infrastrutture applicative utilizzate dalle strutture sanitarie di Anatomia Patologica in un unico sistema informativo regionale, basato sulla unicità dell'infrastruttura, delle anagrafi e delle codifiche utilizzate, sulla omogeneità dei processi di anatomia patologica e sulla condivisione dei dati. Il sistema sarà cooperante con il sistema informativo degli screening oncologici e con altri sistemi della sanità elettronica regionale, tra i quali assumono rilievo il Fascicolo sanitario elettronico e il Registro Tumori.

Sistema Informativo per la Gestione delle Anagrafi Vaccinali

L'intervento intende assicurare all'Amministrazione Regionale la piena operatività, utilizzabilità e il governo dell'evoluzione dell'infrastruttura tecnologica e applicativa (gestione vaccinazioni antinfluenzali e anti pneumococciche, gestione scheda anamnestica, gestione seduta vaccinale, gestione consenso informato e rifiuto alla vaccinazione, …) del sistema informativo GIAVA, nonché il monitoraggio delle attività del fornitore.

Sistema informativo per la medicina dello sport

L'intervento intende realizzare, avviare in esercizio e manutenere il Sistema informativo regionale dedicato alla gestione degli elenchi regionali dei medici certificatori, alla certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica eseguita dai medici delle AASSLL e dei medici privati specialisti in medicina dello sport, in conformità al Decreto del Ministro della Sanità del 18/02/1982 e alla Legge Regionale del 18 del 19/07/2013, L'intervento predispone altresì servizi dedicati ai cittadini atleti, alle Associazioni/Società sportive e alle Federazioni, fruibili dal Portale regionale della Salute.

Sistema informativo dei Dipartimenti di Salute Mentale

L'intervento si propone di realizzare l'informatizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) della Regione Puglia attuando un unico e omogeneo sistema informativo regionale inserito nel quadro di sviluppo della Sanità Elettronica.

Il progetto realizza la fase evolutiva della specifica progettualità e implementazione realizzata nell'ambito di tale intervento. In particolare esso ha lo scopo di:

- Realizzare l'informatizzazione dei principali processi di lavoro dei DSM. Tale informatizzazione deve essere funzionale ad adempiere in maniera completa a quanto previsto in materia di flussi informativi e a supportare i processi di lavoro delle varie articolazioni dei DSM;
- Inserire il sistema informativo nello scenario della Sanità Elettronica realizzando progressivamente le necessarie forme di cooperazione con altri sistemi informativi sanitari regionali (Edotto, Portale della Salute, …);
- Acquisire le attrezzature tecnologiche ICT, per l'erogazione del servizio e per l'utilizzo dello stesso da parte degli operatori allo scopo di favorire l'avvio del servizio e l'accelerazione dell'utilizzo;
- Attraverso il portale della salute, fornire servizi informativi e interattivi per gli utenti beneficiari.

Sistema Informativo dell'emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale

L'intervento è finalizzato a fornire l'assistenza tecnico-specialistica ICT all'Amministrazione regionale per il governo del contratto relativo al sistema informativo dell'emergenza e urgenza sanitaria territoriale 118.

L'assistenza riguarderà l'ambito dell'infrastruttura tecnologica di elaborazione e di comunicazione e l'ambito dell'infrastruttura applicativa comprensiva della tematica della cooperazione applicativa del sistema informativo del 118 con altri sistemi informativi (area applicativa Accettazione e Urgenza di Edotto; sistema di Telecardiologia; Sistema informativo di Anonimizzazione e Pseudonimizzazione).

Sistema di radiocomunicazione per il servizio di emergenza e urgenza sanitaria territoriale

L'intervento, articolato in due fasi, ha la finalità di realizzare il Sistema di Radiocomunicazione UHF per il servizio di Emergenza e Urgenza Sanitaria Territoriale in Puglia, grazie al quale la Regione Puglia potrà ottemperare agli obblighi derivanti dall'attuale quadro normativo e al contempo superare i limiti tecnologici imposti dall'attuale sistema di comunicazione (GSM).

Tale intervento, inoltre, si pone come un elemento di continuità rispetto a quello regionale messo in atto per realizzare il Nuovo Servizio di Emergenza e Urgenza Sanitaria Territoriale in Puglia (Contratto Rep. 15126/2013) che ha come obiettivo primario l'ammodernamento del servizio al fine di renderlo ancora più efficiente e affidabile.

In sintesi, gli obiettivi generali dell'intervento si possono riassumere in:

- Supporto all'Amministrazione durante l'iter procedurale con il Ministero delle Comunicazioni per l'approvazione del progetto radioelettrico e progettazione dell'infrastruttura di comunicazione;
- Redazione del Capitolato Tecnico di riferimento per l'espletamento della procedura di gara.

Sistema Informativo Regionale per la Prevenzione

L'intervento persegue la realizzazione di un sistema informativo che operi nei domini dell'igiene e della sanità pubblica, della sicurezza e della prevenzione negli ambienti di lavoro, della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria:

- Finalizzato a informatizzare le attività svolte dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione (SISP, SPESAL, SIAN, SIAV A, B, e C), nonché le attività di governo dei competenti Uffici regionali;

- Fondato sulla condivisione su base regionale delle anagrafi delle imprese, degli assistiti, delle strutture sanitarie, del personale sanitario, ecc., nonché sulla condivisione dei dati di attività tra i diversi Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione;

- Rispondente alle esigenze di semplificazione del rapporto dei Dipartimenti di Prevenzione con i cittadini, i professionisti e le imprese per i quali saranno predisposti servizi web dedicati, fruibili attraverso il Portale della Salute;

- Integrato con il SIT-Puglia, con il sistema Edotto e i sistemi nazionali rilevanti per la prevenzione (INAIL, INPS, Banca dati Nazionale Zootecnica, …).

Dematerializzazione di documentazione/refertazione sanitaria

L'intervento ha l'obiettivo di realizzare la dematerializzazione e digitalizzazione dei documenti e/o referti sanitari e l'automazione dei processi produttivi amministrativi e clinici.

Una delle prime azioni in tale ambito riguarda l'introduzione, nel contesto del sistema informativo aziendale delle aziende sanitarie pubbliche, di un sistema informativo per la diagnostica per immagini. Tale intervento sarà realizzato in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 1143/2013 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini – Normativa e prassi". Recepimento.)

Telemedicina: teleconsulto, telerefertazione, telediagnosi, telemonitoraggio, teleriabilitazione

L'intervento prevede di abilitare modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che contribuiscano ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza. In ambito ospedaliero supporterà la gestione di consulti specialistici (ad es., neurochirurgici, cardiologici, …) a distanza,

a supporto della rete di urgenza-emergenza sanitaria ospedaliera (PS) e territoriale (118), nonché del sistema di assistenza non urgente per controlli programmati (follow-up) o visite per "second opinion". In ambito territoriale supporterà il monitoraggio a distanza di coorti di pazienti cronici di età adulta e/o pediatrica (ad es. diabete, BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva), RCV (Rischio Cardio Vascolare), nefropatia, e/o comorbilità ecc.) rispetto a stili di vita e dati clinici rilevanti, al fine di conseguire l'enpowerment del paziente e verificare il percorso terapeutico condiviso, con lo scopo di migliorare la qualità della vita dell'assistito e di ottimizzare le risorse (meno visite in ambulatori, minori accessi in ospedale, maggiore prevenzione di possibili eventi acuti, …). Le varie azioni operative saranno realizzate anche in conformità con la DGR n. 1116 del 4/6/2014 recante Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 Giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali". Recepimento.

1.3.c Servizi per la conoscenza e il governo strategico del SSR

L'attività oltre a perseguire gli obiettivi a carattere regionale, ivi inclusa l'evoluzione del sistema regionale Edotto strumento già operativo per la misura e il monitoraggio dell'offerta e dei servizi sanitari della Regione, dovrà recepire e raccordarsi – creando le necessarie sinergie - con gli obiettivi e con le priorità che saranno individuate nel Patto della Sanità Digitale in corso di definizione a livello nazionale: un'iniziativa rigorosamente precompetitiva, aperta alla partecipazione da parte di tutti gli stakeholder interessati allo sviluppo di una sanità italiana sempre più efficiente ed efficace.

Comprende interventi che forniscono soluzioni per il governo delle aziende sanitarie pubbliche del SSR.

Rientrano interventi comprendenti assistenza tecnica in materia ICT, monitoraggio dei contratti e dei livelli di servizio, assistenza tecnico-applicativa all'utenza nei seguenti prioritari ambiti:

Governo e monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario Regionale
L'intervento si propone di realizzare il sistema informativo amministrativo-contabile in ambito sanitario, integrato per la Regione Puglia e le Aziende sanitarie pubbliche, basato su piattaforma ERP (Enterprise Resource Planning), in conformità a quanto previsto dal Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011.

Il contesto normativo nazionale e regionale individua un modello fortemente integrato che opera su due livelli: strategico (*holding*) e operativo (*subsidiaries*). È estremamente importante che entrambi i livelli condividano l'infrastruttura tecnologica e i dati in tempo reale, garantendo univocità degli stessi e affidabilità del sistema.

L'intervento si pone, quindi, l'obiettivo di realizzare il sistema informativo amministrativo-contabile integrato che, strutturato secondo il modello *Holding-Subsidiaries*, consenta a ogni Azienda (*subsidiaries*) di gestire le informazioni in modo autonomo, ma, allo stesso tempo, alla Regione (*holding*) di avere la completa visibilità in tempo reale di tutte le informazioni gestionali e contabili delle Aziende.

Il sistema, realizzando tutte le necessarie forme di cooperazione con altri sistemi informativi aziendali, regionali sarà, quindi, in grado di supportare:

- L'armonizzazione/standardizzazione dei modelli/processi contabili e degli schemi di bilancio utilizzati nelle Aziende;
- L'uniformità e standardizzazione delle informazioni (dati);
- La disponibilità in tempo reale delle informazioni relative a costi e ricavi dei servizi sanitari;

- L'aggregazione automatica delle informazioni verso la Regione, come supporto alla predisposizione del bilancio consolidato;
- Il monitoraggio della spesa sanitaria.

Servizi e sistemi a supporto dei processi di governo delle liste di attesa e di accesso alle prestazioni sanitarie
L'intervento ha l'obiettivo di:

a) Assicurare supporto agli uffici regionali nel monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dai vigenti Piani Nazionali per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA – ad oggi è ancora vigente il PNGLA 2010-2012, fino a quando non sarà approvato il PNGLA 2014-2016) e dal DLgs 14 marzo 2013, riguardante, fra l'altro, gli obblighi di trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale;
b) Introdurre, passando attraverso la sperimentazione di una soluzione acquisita in riuso, una piattaforma regionale che assicuri le funzionalità essenziali per il governo, il monitoraggio e il coordinamento tecnico, organizzativo e funzionale dei sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle aziende sanitarie nella Regione Puglia, nonché per la prenotazione delle stesse prestazioni sanitarie, in collegamento con i sistemi di prenotazione aziendale;
c) Assicurare il servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie, a complemento di quello offerto dalle aziende sanitarie;
d) Introdurre, passando attraverso una fase di sperimentazione, una soluzione regionale per il *recall* automatico, che possa essere utilizzata per la verifica/pulizia delle prenotazioni di prestazioni sanitarie e per supportare il processo di chiamata attiva nella gestione degli *screening*.

1.3.d - Servizi di infrastrutturazione tecnologica e conduzione operativa dei sistemi informativi

La linea comprende interventi per la progettazione e realizzazione di infrastrutture di elaborazione e comunicazione, per la conduzione operativa delle infrastrutture tecnologiche rese disponibili a fornitori terzi secondo il paradigma IaaS per ospitare sistemi informativi sanitari, per la conduzione operativa dei sistemi informativi sanitari, nonché utili a conseguire economie realizzative di scala, dando nel contempo risposte unitarie a bisogni simili di diverse realtà del SSR.

Interventi di rilievo, di valore emblematico in questo campo, sono quelli indirizzati al conseguimento di una infrastruttura di dati di base (ad es. la toponomastica) e di elaborazione che consenta di dare risposta unitaria alle esigenze di rappresentazione e geocodifica degli indirizzi (di persone fisiche, di strutture produttive e dei servizi), con lo scopo di conseguire i necessari standard di qualità sia nell'elaborazione e nell'analisi territoriale dei dati, anche se provenienti da basi di dati regionali diverse, sia nella fruizione di servizi erogati da soggetti terzi (i.e. servizi di recapito postale) di notevole importanza e criticità negli ambiti della sanità che richiedono il contatto per posta con il cittadino (i.e. screening oncologici e vaccinazioni).

Nelle more della realizzazione della predetta infrastruttura a uso trasversale su base regionale, in attesa altresì del consolidamento e della disponibilità dell'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR) e dell'Archivio Nazionale dei Numeri Civici delle Strade Urbane (ANNCSU), per dare risposta immediata alle esigenza della sanità regionale di uniformare e correggere la rappresentazione e le modalità di immissione degli indirizzi nelle basi dati anagrafiche, si ritiene efficace l'attuazione di alcuni interventi limitati che, ancorché circoscritti nel loro raggio di azione, risulterebbero in buona parte risolutivi delle criticità note. Tali servizi sono: la normalizzazione degli indirizzi delle basi di dati (in primis dell'Anagrafe degli Assistiti di Edotto); l'adozione estesa di funzionalità web per l'immissione controllata degli indirizzi, basata su una base

dati toponomastica di riferimento, unica per tutti i sistemi sanitari. Per entrambi gli interventi il mercato offre soluzioni pressoché immediatamente adottabili.

1.3.e Sviluppo di banche dati e reti per il monitoraggio del Territorio

Potenziare il livello di conoscenza del territorio e dell'ambiente, monitorare i cambiamenti delle componenti naturali e antropiche e delle regole giuridiche, consentire una corretta informazione alla popolazione e promuoverne la partecipazione consapevole a difesa delle eccellenze regionali (Parchi, Aree protette, percorsi panoramici, ecc.).

Potenziamento e adeguamento dell'attuale Infrastruttura regionale di dati territoriali e di reti per il monitoraggio ai fini della difesa del territorio, della prevenzione dei rischi naturali (idrogeologici, di erosione costiera, sismici, di incendi, ecc.), della tutela e salvaguardia delle aree di pregio naturalistico e paesaggistico definiti attraverso il Piano Paesaggistico Territoriale Tematico – PPTR, del monitoraggio di fenomeni di abusivismo, attraverso:

- L'integrazione di ulteriori livelli informativi (Digital Surface Model, Reti tecnologiche, ecc.);
- L'integrazione e il potenziamento delle reti multisensore già attive (sismiche, ondametriche, pluviometriche, di posizionamento, ecc.);
- L'aggiornamento delle basi dati di interesse trasversale (uso del suolo, database topografico, ecc.);
- L'acquisizione e messa a sistema di banche dati;
- La produzione o il completamento di nuove basi dati tematiche regionali di diffuso interesse (quali carta geologica, carta pedologica, capacità d'uso dei suoli, rischio di erosione, ecc.).

1.3.f Sistema di gestione del PPTR e dei procedimenti autorizzativi connessi

Gestione informatizzata del Piano Paesaggistico Territoriale regionale (PPTR), potenziamento ed evoluzione, anche in chiave normativa, della componente di gestione delle autorizzazioni paesaggistiche e delle funzioni di delega agli enti locali, informatizzazione del procedimento di rilascio del parere paesaggistico, attraverso:

- L'aggiornamento della documentazione tecnica, normativa e cartografica del PPTR in relazione al processo di attuazione, costruzione delle banche dati e degli indicatori di supporto alla Valutazione Ambientale Strategica;
  Ll'informatizzazione della procedura di rilascio del parere paesaggistico;
- L'integrazione di nuove funzionalità nella componente di gestione delle autorizzazioni paesaggistiche e nella componente webgis del Sistema Informativo Territoriale ai fini dell'informatizzazione di ulteriori step dell'iter del procedimento di rilascio e della produzione degli elaborati tecnici a supporto;
- La costituzione di un team di tecnici ed esperti del settore che supporti i funzionari regionali nell'utilizzo del SIT per la predisposizione degli elaborati tecnici di supporto alla fase istruttoria dei procedimenti e alla conferenza di servizi dove prevista, di monitoraggio delle autorizzazioni rilasciate e di analisi dei dati prodotti;
- La costituzione di un team di tecnici di supporto agli enti locali, al Ministero e ai soggetti a vario titolo interessati nel procedimento di rilascio delle autorizzazioni paesaggistiche (enti parco, …), con funzioni di verifica del corretto utilizzo del sistema e di accompagnamento degli enti delegati verso la completa dematerializzazione del procedimento;
- Costituzione del *Laboratorio di Monitoraggio delle Trasformazioni Territoriali,* specializzato in operazioni di ricognizione delle risorse territoriali e ambientali e della verifica delle trasformazioni in atto in particolare ai fini del monitoraggio del fenomeno del consumo di suolo, anche in relazione alle politiche di

gestione del territorio regionale e di previsione di utilizzo messe in atto a livello comunale, provinciale, regionale e nazionale (definite attraverso strumenti di pianificazione, i progetti di singole opere infrastrutturali, anche a carattere sovra locale, ecc.).

1.3.g Evoluzione tecnologica dell'infrastruttura di gestione della banca dati e dei servizi territoriali del SIT

La linea prevede di far evolvere l'attuale Infrastruttura tecnologica di gestione e fruizione della banca dati territoriale regionale verso un sistema più "vicino" agli utenti e adeguato all'evoluzione normativa in materia di dati territoriali. Sono previsti interventi quali:

- Evoluzione dell'Infrastruttura tecnologica di gestione e fruizione verso un sistema più "vicino" agli utenti attraverso;
- L'adeguamento ai principi di fruibilità definiti dalla L. 04/2004 – "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici";
- La migrazione dell'attuale Infrastruttura regionale di dati territoriali verso il sistema ETRF2000 così come previsto dal D.M. 10/11/2011 - "Adozione del Sistema di riferimento geodetico nazionale";
- L'arricchimento con componenti di tipo "community" per permettere un rapporto più integrato, dinamico e condiviso tra gli utenti;
- La messa a sistema di strumenti di verifica e monitoraggio degli accessi e della soddisfazione degli utenti (con conseguente pubblicazione dei risultati e utilizzo degli stessi per migliorare ed eventualmente riorganizzare i contenuti e i servizi al fine di mantenerli sempre allineati con le esigenze degli utenti);
- L'integrazione di nuove tecnologie ormai diffuse su larga scala, con la predisposizione di alcuni dei servizi e banche dati anche per l'utilizzo attraverso dispositivi quali tablet o smartphone (ad esempio per l'invio di "segnalazioni" da parte degli utenti su specifiche tematiche);
- Il potenziamento dell'attuale modalità di organizzazione delle informazioni dei servizi in ottica di canali tematici ai fini di migliorare la fruizione per argomenti e per target di utenti (ad es. "operatore tecnico pubblico" – con tutti i livelli di dettaglio derivati dall'ambito territoriale di interesse -, "studente", "professionista", "utente non specialistico" ecc.) con conseguente produzione di strumenti di supporto (tra cui anche manualistica, video con esemplificazione di funzionalità, ecc.);
- La sperimentazione di tecnologie finalizzate a permettere a determinate categorie di utenti di lavorare attraverso il sistema integrando i propri dati in quelli dell'infrastruttura (ad es. caricare propri strati informativi) e avvalendosi di particolari modalità operative utili a velocizzare il lavoro (ad. esempio conservare le modalità di consultazione di mappa – layer accesi, localizzazione, ecc. – anche per un successivo collegamento);
- L'ampliamento dei servizi resi disponibili attraverso l'introduzione di modelli di analisi tridimensionali dei dati (modelli di intervisibilità funzionali alla valutazione degli impatti cumulativi dell'azione antropica sul territorio e sul paesaggio).

1.3.h Sviluppo della componente urbanistica del SIT

La linea prevede il completamento della componente di gestione dei Piani urbanistici, già avviata attraverso il progetto UP-DATe, e comprende interventi quali:

- Il completamento della riorganizzazione, analisi e dematerializzazione della documentazione urbanistica con conseguente ricostruzione della situazione urbanistica vigente e contestuale costruzione del database della strumentazione comunale, costituita da documentazione amministrativa, tecnica e cartografica;
- La predisposizione di un ambiente da mettere a disposizione dei Comuni funzionale a raccogliere in forma organizzata e strutturata i piani e programmi attuativi, al fine di consentire il monitoraggio dell'attuazione di piani stessi, così come previsto dalla valutazione ambientale strategica;
- La definizione del regime vincolistico territoriale a partire dai Piani e dalle norme di governo e salvaguardia prodotti ai vari livelli istituzionali – nazionale, regionale, provinciale, comunale; definizione di linee guida per l'aggiornamento in itinere;

- La realizzazione di un ambiente funzionale all'esercizio integrato regione-enti locali-autorità giudiziarie e altri organi operanti in materia edilizia urbanistica dell'attività di vigilanza, in conformità a quanto previsto dalla L.R. 15/2012 – "Norme in materia di funzioni regionali di prevenzione e repressione dell'abusivismo edilizio", anche finalizzato alla gestione e allo scambio di dati e informazioni;
- La creazione del database degli abusi anche con riferimento al pregresso.

1.3.i Monitoraggio del territorio agricolo, anche attraverso tecniche di telerilevamento da aereo/da satellite

L'obiettivo è il monitoraggio del territorio agricolo, anche attraverso tecniche di telerilevamento da aereo/da satellite, di supporto alla definizione di linee guida e relative azioni di intervento, finalizzato alla individuazione di:

- Aree danneggiate dal verificarsi e diffondersi di epizoozie o fitopatie, a partire dal fenomeno della Xylella fastidiosa e degli effetti a essa riconducibili, o di emergenze ambientali, aventi impatto sull'attività agricola e zootecnica.
- Aree danneggiate da incendi, da calamità naturali e da eventi catastrofici, o sottoposte a vincoli naturali o ad altri vincoli specifici per l'attività agricola.
- Aree interessate dalla diffusione di nuove colture (comprese le coltivazioni di OGM), allevamenti o specie forestali.

1.3.j Potenziamento dei contenuti digitali del sistema informativo territoriale dell'agricoltura

L'obiettivo è il potenziamento dei contenuti digitali del sistema informativo territoriale dell'agricoltura funzionale al governo del territorio, attraverso:

I. La realizzazione e l'integrazione di cartografie tematiche e lo sviluppo di indicatori territoriali, socioeconomici, ambientali di supporto alla Valutazione Ambientale Strategica del nuovo Programma di Sviluppo Rurale (PSR 2014 – 2020):
    - L'integrazione di cartografie per l'agroambiente: caratteristiche agro-pedologiche dei suoli, carta delle foreste, mappe climatologiche, fonti per l'approvvigionamento idrico e impianti connessi, servizi agro-ambientali e silvo-ambientali, risorse genetiche ed elementi della biodiversità agro-zootecnica e forestale, agricoltura biologica, gestione dei suoli e mantenimento della loro qualità, gestione delle aree forestali, gestione e uso dei reflui zootecnici.
    - L'integrazione di cartografie di settore - generale: produzione di indicatori sulla variazione dell'uso del suolo, sulle risorse idriche, sulla consistenza zootecnica, sul patrimonio forestale, sull'industria agroalimentare, sull'utilizzo dei suoli per la produzione di energia rinnovabile da fonte agricola.
    - L'integrazione di cartografie di settore – prodotti e servizi: prodotti sottoposti al sistema di qualità nazionale compresi i prodotti di Qualità Puglia, elenco dei prodotti agroalimentari tradizionali, masserie didattiche, diversificazione delle aziende agricole, aziende biologiche, filiere corte e mercati locali, aree della cooperazione LEADER, attraverso la costruzione di mappe e "strade virtuali" per la fruizione delle aree di produzione di prodotti e servizi, delle aziende e dei processi produttivi connessi, favorendo la promozione e l'affermazione commerciale dei territori e delle produzioni agricole di qualità destinate al consumo umano, in ottica di tutela della sicurezza alimentare.
    - La sperimentazione di metodologie di calcolo di indicatori complessi (ad esempio, individuazione delle aree a "resistività agricola" con il dettaglio delle colture e delle tecniche produttive; analisi della "propensione all'utilizzo dei suoli agricoli", derivata dall'integrazione di dati relativi a usi agricoli, potenzialità produttive dei suoli, intensità di conduzione dell'attività agricola; individuazione delle

aree caratterizzate da resilienza e pregio ambientale degli ecosistemi forestali, quantificazione dell'interferenza dell'assetto insediativo; definizione delle prestazioni "agro-ecologiche" dei suoli, ecc.) e all'ideazione di opportuni strumenti di supporto e salvaguardia.

II. Lo sviluppo della metodologia richiesta per la identificazione dei territori da candidare nel Registro Nazionale dei Paesaggi Rurali Storici (predisposizione di mappe storiche, confronto multitemporale, compilazione delle schede, ecc.) e per la definizione di opportune forme di tutela.

III. L'implementazione degli strati informativi e dei modelli funzionali alle azioni di intervento per la mitigazione e per l'adattamento ai cambiamenti climatici, e all'applicazione di pratiche ambientali per la preservazione dei paesaggi agrari e per la gestione razionale ed efficiente delle risorse:
   - Idriche: meteorologia, uso del suolo e distribuzione territoriale, caratteristiche biologiche delle colture, pratiche colturali con specifico riferimento alle tecniche di irrigazione e al consumo di acqua a scopi irrigui, ecc.
   - Energetiche: implementazione di modelli per la valutazione della biomassa da residui dell'attività agricola e agroindustriale a supporto delle autorizzazioni per impianti di produzione di energia.

1.3.k Sistema per la valorizzazione del demanio e del patrimonio pubblico regionale

L'obiettivo è il potenziamento e il completamento del sistema della conoscenza puntuale dei beni pubblici per l'attivazione e la gestione di un processo di valorizzazione economica del patrimonio, necessaria alla redazione del bilancio, secondo la visione economico-patrimoniale, e funzionale del demanio, necessaria per l'efficientamento, inteso come cura e tutela e, di conseguenza, efficienza dello stesso (fascia costiera, canali di bonifica, boschi, ecc.). L'attività prevede:

- Il completamento della ricognizione del patrimonio pubblico regionale.
- La definizione e attuazione del piano di valorizzazione.
- L'aggiornamento costante del rendiconto generale per l'esercizio finanziario ai sensi della legge regionale 4 luglio 2011, n. 13, attraverso l'interscambio tra il sistema di raccolta delle informazioni inerenti le proprietà, concessioni e alienazioni, e il sistema contenente i valori dell'Osservatorio del Mercato Immobiliare territoriale (OMI) aggiornato a cura dell'Agenzia del Territorio.

1.3.l Ampliamento ed evoluzione della componente web dedicata alla gestione digitalizzata delle procedure afferenti la gestione del PRAE

L'obiettivo è quello di potenziare la componente web, sviluppata nell'ambito del progetto IDeA, dedicata alla gestione digitalizzata dei procedimenti afferenti l'Ufficio controllo e gestione del PRAE attraverso:

- La dematerializzazione di circa 3.000 faldoni cartacei, ognuno dei quali suddiviso in circa 700 fogli A4, 30 fogli A3, 20 fogli A0, inerenti il pregresso dei suddetti procedimenti.
- La definizione dell'organizzazione da dare ai faldoni digitalizzati all'interno del sistema documentale predisposto per la componente web sviluppata nell'ambito del progetto IDeA e relativo caricamento.
- Lo sviluppo di un modulo web dedicato alla gestione dei fascicoli digitalizzati inerenti il pregresso dei procedimenti.

1.3.m Realizzazione del Portale delle aree protette regionali

L'obiettivo è la realizzazione del Portale delle aree Protette regionali finalizzato a raccogliere in forma organizzata e strutturata il patrimonio informativo relativo alle aree e agli elementi naturali di pregio, a diffondere le norme di tutela e salvaguardia anche tra i non addetti ai lavori, a sviluppare la consapevolezza e il senso di appartenenza delle popolazioni.

1.3.n Ampliamento dei contenuti digitali della Digital Library regionale

A seguito dello sviluppo della infrastruttura di base della Digital Library regionale e della ricerca, digitalizzazione e pubblicazione di un primo insieme di contenuti digitali afferenti alla evoluzione nel tempo del paesaggio pugliese, si rende necessario alimentare la stessa con ulteriore documentazione rintracciabile presso uffici regionali, università ed enti di ricerca con i quali, peraltro, è in valutazione la possibilità di stipulare accordi per l'accesso ai contenuti delle rispettive biblioteche.

1.3.o Sviluppo del portale della Valutazione Ambientale Strategica

SI prevede la realizzazione del Portale della VAS istituito dalla L.R. 44/2012 - "Disciplina regionale in materia di valutazione ambientale strategica". Il portale deve rappresentare l'unico punto di accesso a tutti gli atti relativi ai procedimenti di VAS così come disciplinati dalla L.R. 44/2012, a prescindere dall'ente competente in materia e deve consentire la gestione informatizzata degli iter relativi ai diversi procedimenti.

1.3.p Ampliamento ed evoluzione del portale ambientale

Potenziare il Portale Ambientale attraverso:

- L'evoluzione tecnologica dell'attuale infrastruttura, sia in termini di contenuti digitali resi disponibili, che di servizi per l'accesso e la fruizione degli stessi.
- La dematerializzazione degli uffici (VIA, Bonifica, Gestione Rifiuti, Inquinamento) e l'informatizzazione dei procedimenti.
- La gestione informatizzata dei Piani (Piano Regionale Amianto, Piano Azione Nitrati, Piano Monitoraggio Ambientale, Piano Regionale Gestione Rifiuti Urbani, …) al fine di consentire la valutazione dello stato di attuazione.
- Il monitoraggio dello sviluppo delle energie rinnovabili a supporto della definizione di politiche energetiche per il raggiungimento degli obiettivi, intermedi e finali, definiti per la Regione dal DM Sviluppo 15 marzo 2012 (noto come Decreto Burden Sharing), attraverso l'integrazione del catasto regionale degli impianti di energia da fonti rinnovabili con i sistemi nazionali (GSE, TERNA, ecc.), la creazione del catalogo unico degli impianti in sinergia con le iniziative a livello nazionale e la costruzione dei livelli informativi utili all'aggiornamento e del Piano Energetico Ambientale Regionale.

1.3.q Progettualità correnti con carattere di propedeuticità

IDEA – Infrastruttura Dati territoriali E Ambientali

Il progetto prevede il potenziamento della infrastruttura di dati e servizi regionali presenti nel SIT attraverso:

- L'integrazione dei dati di interesse generale gestiti da ARPA Puglia.
- L'informatizzazione di alcuni procedimenti amministrativi, tra cui la verifica di compatibilità dei piani comunali delle coste al Piano Regionale, la registrazione dei piani comunali esclusi dalla procedura di VAS ai sensi del R.R. 18/2013, l'apertura o l'ampliamento di una cava.
- Lo sviluppo di un ambiente per la raccolta dei dati sui rifiuti urbani.
- La produzione di indicatori territoriali e ambientali.

TerAmo - Sistema di monitoraggio e valutazione degli impatti delle politiche di sviluppo rurale

Il progetto prevede la costruzione di una conoscenza completa e articolata delle componenti del territorio rurale, consentano una precisa lettura delle caratteristiche delle aree rurali, dell'applicazione delle politiche

pubbliche di settore con l'obiettivo di consentire una più coerente pianificazione degli interventi a sostegno dello sviluppo rurale, attraverso:

- La costruzione della conoscenza delle aree rurali e dei sistemi agricoli e forestali;
- La mappatura territoriale degli interventi di politiche pubbliche in agricoltura;
- La costruzione di indicatori territoriali utili per l'analisi dell'impatto territoriale e degli interventi e delle politiche;
- La costruzione di banche dati settoriali per il monitoraggio del territorio agricolo;
- La costruzione di banche dati per integrazione con altri strati informativi territoriali.

Up-Date - Sistema di monitoraggio urbanistico/territoriale

Il progetto prevede la gestione informatizzata e integrata delle attività inerenti il monitoraggio del territorio, anche attraverso l'uso di tecniche di osservazione della terra (a supporto dell'analisi delle trasformazioni in atto, della verifica dell'attuazione delle previsioni definite attraverso gli strumenti della pianificazione, della prevenzione e della repressione dell'abusivismo edilizio, dell'osservazione e della caratterizzazione degli interventi che si attuano in aree a valenza paesaggistica, ...), l'attuazione dei poteri sostitutivi regionali in materia di abusivismo edilizio, nonché l'erogazione (a vario titolo) di finanziamenti agli Enti Locali, con specifico riferimento a quelli connessi con gli interventi di demolizione di immobili abusivi, ai sensi del c.2, art. 27 del D.P.R. 380/2001, con priorità per quelli ricadenti in aree di pregio paesaggistico o vulnerabilità ambientale più elevati, cosi come indicato nella L.R. 15/2012, l'istruttoria relativa all'approvazione degli strumenti urbanistici comunali, delle loro varianti, degli strumenti attuativi di competenza, attraverso:

- La gestione informatizzata delle procedure;
- Il monitoraggio del territorio;
- L'armonizzazione e diffusione degli strumenti urbanistici acquisiti nell'ambito di progetti ed attività regionali;
- L'acquisizione di banche dati di interesse generale;
- L'acquisizione di banche dati di interesse settoriale attraverso la dematerializzazione di documenti ed elaborati disponibili presso la Regione e il completamento di operazioni di ricognizione di aree tutelate ai sensi dell'art.142 del D.Lgs. 42/2004.

SI.DE.PA. - Sistema informativo integrato per la gestione e valorizzazione del DEmanio e PAtrimonio della Regione Puglia

Il progetto prevede lo sviluppo di un sistema informativo di supporto alla gestione e alla valorizzazione dei beni immobiliari che fanno parte del Demanio e Patrimonio della Regione Puglia. In particolare prevede:

- La costruzione della banca dati del demanio e patrimonio regionale;
- Lo sviluppo del sistema di gestione;
- L'acquisizione di un ambiente per la gestione dei contratti di locazione o di assegnazione;
- L'avvio di un piano di valorizzazione.

EvoLand - Osservatorio del Territorio e del Paesaggio Pugliese

Il progetto ha come obiettivo l'analisi dell'evoluzione storica del Territorio e del Paesaggio Pugliese, nei suoi aspetti più significativi e caratteristici, attraverso la costruzione della Digital Library della Regione Puglia che metta a sistema le informazioni sul paesaggio appositamente selezionate e raccolte nell'ambito del progetto, quali:

- Immagini fotografiche storiche riguardanti il paesaggio pugliese;
- Immagini fotografiche contemporanee d'autore sul paesaggio pugliese;

- Lungometraggi e cortometraggi girati in Puglia;
- Documentari e trasmissioni televisive sul paesaggio pugliese;
- Produzione pittorica riguardante il paesaggio pugliese;
- Romanzi, racconti, poesie riconducibili al tema del paesaggio pugliese;
- Articoli e saggi riguardanti il paesaggio pugliese;
- Produzione artistica in generale riconducibile ai temi del paesaggio pugliese.

OTRIONS – Realizzazione di una rete multi-sensore per lo studio e il monitoraggio dei rischi naturali nel Canale d'Otranto e nel Mare Jonio

Il progetto prevede la realizzazione di una rete di stazioni sismiche, l'installazione di mareografi, il potenziamento della rete di stazioni GPS dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia al fine di consentire alla ricerca scientifica di migliorare i modelli di analisi dei maremoti a seguito di terremoti nel Mediterraneo. InnovaPuglia si è occupata della predisposizione dei centri di coordinamento e dell'analisi della vulnerabilità dei territori più esposti a tale rischio.

CS@Monitor – Consumo di Suolo: Sistema di monitoraggio

L'obiettivo del progetto è la costruzione di metodologie di rilevamento del consumo di suolo a livello regionale, disaggregabile per comune, attraverso la valorizzazione della base di conoscenza presente nel Sistema Informativo Territoriale tramite lo sviluppo e l'applicazione di opportune metodologie e algoritmi per la derivazione di indicatori.

EVOLUZIONE DEL SIT – GESTIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERRITORIALI

Il progetto intende:

- Realizzare e integrare nel SIT un ambiente di Business Intelligence che consenta di costruire e gestire in forma integrata e di rappresentare con diverse modalità (tabellare, con grafici e tramite mappe), indicatori territoriali e ambientali che si possono derivare dall'elaborazione della banca dati territoriale del SIT;
- Realizzare e integrare nel SIT un ambiente che consenta, a seguito di un'analisi approfondita di tutta la documentazione tecnica e cartografica che compone il PPTR, di poter gestirne agevolmente gli aggiornamenti che si renderanno necessari nel tempo, garantendo e salvaguardando le interrelazioni esistenti tra gli stessi documenti;
- Verificare la fattibilità di migrare in ambiente open source tutta la banca dati territoriale del SIT.

Azione 1.4: Sviluppo di soluzioni integrate per le smart cities and communities su scala urbana, metropolitana, territoriale per il potenziamento dell'integrazione sociale e la qualità urbana.

Attività

1.4.a Gli Smart Cultural Objects a supporto della Didattica 2.0.

Realizzazione di soluzioni innovative di didattica digitale per l'apprendimento e l'aggiornamento delle competenze nel settore dei Beni Culturali, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli di apprendimento nell'ambito dei beni culturali basati sulla rete degli Smart Cultural Objects, finalizzati a offrire percorsi formativi caratterizzati da modularità, adattabilità, adattività e componibilità. Utilizzando gli oggetti culturali del nuovo Sistema dei Beni Culturali (gli SCO), l'azione intende realizzare soluzioni innovative rivolte sia agli studenti sia alle istituzioni culturali per l'apprendimento e l'aggiornamento della conoscenza sui Beni Culturali.

1.4.b Realizzazione di servizi per la gestione dell'offerta turistica in Mobilità

Realizzazione di una piattaforma di gestione del settore turistico strettamente connessa alla mobilità dei flussi turistici sul territorio, finalizzata allo sviluppo e implementazione di nuovi modelli per il supporto della fruizione in loco, funzionali a fornire al turista un'esperienza di vita completa, immersiva e partecipativa. Contestualizzazione dell'offerta turistica in funzione della persona, della sua posizione, del suo viaggio, dello stato del territorio, delle condizioni dell'offerta locale, del gradimento dell'esperienza condotta fino a quel momento. L'attività ha l'obiettivo di potenziare il supporto alla fruizione in loco, integrando servizi di mobilità, informazioni su eventi e beni visitabili sulla base della propria geolocalizzazione, servizi social. L'informazione dovrà seguire l'utente dinamicamente, consentendogli di modificare i percorsi in funzione dello stato del territorio (es. eccesso di afflusso), delle condizioni meteo, delle condizioni dell'offerta locale o di eventi particolari, ma anche in funzione del gradimento o scarso gradimento dell'esperienza condotta fino al momento. L'utente dovrà poter arricchire l'informazione con gradimento, pertinenza, ecc.

1.4.c Sviluppo di progetti per attività di ricerca, anche a valere su azioni dirette della Commissione

Realizzazione e sperimentazione di servizi innovativi nel settore turistico, prevalentemente in ambiti quali infomobilità e fruizione di siti culturali e ambientali in raccordo con l'azione 3.2 Promozione e presidio di reti, alleanze e iniziative comuni di natura interregionale, nazionale e internazionale.

1.4.d Realizzazione di una Centrale di controllo regionale della circolazione delle merci pericolose in grado di tracciare tutte le flotte di trasporto interessate - SITIP II e sua evoluzione verso una Centrale di Controllo regionale del Traffico

Il progetto, finanziato dal PON Reti e Mobilità 2007-2013, Asse I, Linea di Intervento 1.3.1, ha come beneficiario finale la Regione Puglia ed è stato da questa affidato a InnovaPuglia, attraverso la DGR 876/2012.

L'obiettivo primario dell'attività riguarda la volontà di incrementare la conoscenza relativa alla circolazione di merci pericolose nel territorio regionale al fine di migliorarne la sicurezza, attraverso:

- La realizzazione di un sistema informativo in grado di raccogliere e analizzare i dati relativi a tale traffico, mediante il controllo e tracciamento dei mezzi, la definizione di un sistema per la Gestione Territoriale dinamica dei rischi con relativo Workflow di intervento e la realizzazione di un Sistema di Supporto alle Decisioni.
- La cooperazione istituzionale e operativa con i diversi soggetti pubblici e privati (stakeholder) coinvolti nel processo di trasporto delle merci pericolose e nei processi riguardanti la sicurezza (prevenzione, monitoraggio e controllo, intervento) al fine di consolidare e condividere modelli operativi, flussi di dati, canali di comunicazione tra le diverse applicazioni già in essere, nel rispetto reciproco dei ruoli e delle competenze.
- La cooperazione applicativa con le reti logistiche nazionali e regionali.

La realizzazione della Centrale di Controllo TRAsporto Merci PERicolose (TRAMPER) che, attraverso l'uso del sistema informativo realizzato e del work flow inter-istituzionale definito, fornisca adeguato supporto:

- Ai soggetti pubblici.
- Nel processo di prevenzione, facilitando le attività di pianificazione (Ente Regione: Assessorati ai Trasporti, all'Ambiente, al Territorio, AREM - Agenzia REgionale per la Mobilità, …).

- Nei processi di monitoraggio, controllo e intervento, facilitando le attività di gestione delle emergenze dovute a incidentalità derivanti dalla circolazione di merci pericolose (Protezione Civile, Vigili del Fuoco, Prefetture, …).
- Ai soggetti privati (autotrasportatori, produttori/distributori):
    - Nella gestione delle flotte
    - Nella gestione delle emergenze.

Il progetto consentirà agli attori che vi partecipano, di esercitare un controllo attivo e in tempo reale sul trasporto delle merci pericolose che si concretizza in interventi di gestione delle emergenze più tempestivi e in interventi pianificatori volti alla riduzione del rischio antropico e ambientale. La Centrale di Controllo offrirà, tra l'altro:

- Il controllo e tracciamento dei mezzi, grazie ai dati provenienti sia da Varchi sia da Unità di Bordo posizionate sui mezzi;
- Un Sistema di Supporto alle Decisioni (SSD) in ambito GIS finalizzato alla Gestione Territoriale dinamica dei rischi, alla pianificazione e alla gestione strategica del territorio, nonché di ausilio alle operazioni di soccorso in caso di emergenza;
- Un sistema di Workflow Interistituzionale finalizzato sia alla gestione delle attività di prevenzione sia alla gestione delle emergenze da incidenti in cui sono coinvolti mezzi che trasportano merci pericolose;
- La cooperazione applicativa con le reti logistiche nazionali e regionali e con i sistemi informativi di altri soggetti sia pubblici che privati.

L'evoluzione del progetto, in linea con il Piano di Azione Nazionale sui Sistemi Intelligenti di Trasporto (ITS), è stata proposta al Ministero delle Infrastrutture e Trasporti dalla Regione Puglia con il contributo di InnovaPuglia, nell'ambito della nuova programmazione 2014-2020 del PON Reti e Mobilità. L'ulteriore sviluppo permetterà di far evolvere la Centrale di Controllo regionale sulla circolazione di merci pericolose, completandone la copertura rispetto alle modalità di trasporto e alla completezza delle informazioni e inserendola in un contesto più ampio che guardi non più al controllo della circolazione delle sole merci pericolose, ma al Controllo della circolazione di tutti i mezzi a livello regionale.

Principali caratteristiche:

- Estensione delle funzionalità offerte dalla Centrale di Controllo, quali:
    - Sperimentazione sul campo di carri ferroviari di trasporto merci pericolose dotati di sensor network in grado di trasmettere informazioni sullo stato del mezzo e della merce alla Centrale di controllo e ai gestori del carro e dell'infrastruttura ferroviaria. La sperimentazione dovrebbe verificare la fattibilità dell'uso di questa soluzione e la sua eventuale diffusione.
    - Estensione territoriale dell'infrastruttura sensoristica I2V per il controllo della circolazione dei mezzi.
    - Diffusione dei dispositivi di localizzazione GPS/EGNOS e/o ampliamento della raccolta dati dalle flotte che già utilizzano tali dispositivi per alimentare la Centrale di Controllo con informazioni sempre maggiori su mezzi e merci in circolazione.
- Realizzazione di un sistema per la stima del traffico stradale facendo uso dei servizi di localizzazione dei dispositivi cellulari. Attraverso tale sistema sarà possibile determinare i flussi di traffico e le mappe di Origine e Destinazione degli spostamenti. La conoscenza di tali informazioni è rilevante sia nella definizione delle mappe di rischio da traffico merci pericolose, sia nel supporto alle decisioni relative alla viabilità e alle politiche di pianificazione dei trasporti quali il potenziamento di alcune linee di mezzi pubblici, le modifiche ai percorsi, le modifiche ai sensi di percorrenza delle strade, ecc.;
- Sviluppo di contenuti di infomobilità da diffondere attraverso pannelli a messaggio variabile già esistenti (rete ANAS, ecc..);
- Rappresentazione cartografica della situazione in tempo reale del traffico sulle principale arterie stradali e ferroviarie pugliesi.

1.4.e GIFT 2.0 (Greece - Italy Facilities for Transport 2.0)

Nell'ambito del programma ECCP Greece - Italy 2007-2013, la Regione Puglia è *Lead Partner* del progetto GIFT 2.0 che si propone di agevolare e favorire il traffico (passeggeri e merci) tra l'Italia e la Grecia. In particolar modo il progetto vuole raggiungere i suoi obiettivi anche con il supporto tecnologico fornito da una piattaforma informatica accessibile da passeggeri e operatori commerciali per poter utilizzare i servizi realizzati. La Regione Puglia ha individuato la propria società in house, InnovaPuglia, come Soggetto Attuatore a cui affidare parte delle attività di natura tecnologica individuate nel progetto nell'ambito dei *Workpackage* denominati WP3, WP4 e WP5.

I *Workpackage* WP3, WP4 e WP5 hanno i seguenti macro-obiettivi:

- WP3: Realizzazione della piattaforma informatica per la ricerca di mezzi di trasporti multimodali da Italia e Grecia e Viceversa. Tale piattaforma darà fornirà un insieme di servizi aggiuntivi alla ricerca come bigliettazione integrata, moduli informativi e di supporto al viaggio.
- WP4: Casi Pilota per i passeggeri. Tali casi pilota serviranno per realizzare servizi da fornire ai passeggeri. Tra questi rientrano anche verticalizzazioni della piattaforma tecnologica.
- WP5: Casi Pilota per le merci. Tali casi pilota serviranno per realizzare servizi da fornire agli operatori del settore dei trasporti merci. Tra questi rientrano anche verticalizzazioni della piattaforma tecnologica.

Nella progettazione e sviluppo della piattaforma e di tutte le sue verticalizzazioni InnovaPuglia dovrà interfacciarsi con gli altri Partner di progetto, in particolare con l'Università del Salento responsabile del WP3.

1.4.f Centro Regionale di Infomobilità - Sistema integrato dei trasporti pugliesi con la realizzazione di una piattaforma intermodale per agevolare l'utente consumer aumentando l'efficienza e la fruibilità dei servizi di trasporto.

Il progetto, in linea con il Piano di Azione Nazionale sui Sistemi Intelligenti di Trasporto (ITS), è stato proposto al Ministero delle Infrastrutture e Trasporti dalla Regione Puglia con il contributo di InnovaPuglia, nell'ambito della nuova programmazione 2014-2020 del PON Reti e Mobilità. Ha come obiettivo: Rendere disponibile alla popolazione residente e ospite del territorio regionale un sistema di servizi info-telematici che permettano di pianificare gli spostamenti anche multimodali sul territorio regionale, di piccola o lunga percorrenza.

Il nuovo sistema informativo dovrà avere caratteristiche innovative in termini di servizi e tecnologie abilitanti ed essere in grado di aggregare i singoli servizi delle diverse aziende di trasporto (concessionarie TPL), per creare nuovi servizi di livello più evoluto. Di seguito se ne elencano le principali:

A. Fornire agli attori del Trasporto Pubblico Locale (stradale e ferroviario) che ne sono sprovvisti gli strumenti abilitanti (database per la gestione delle flotte + OBU di geo localizzazione) e i servizi necessari alla cooperazione applicativa con i soggetti dotati di adeguati sistemi informativi;
B. Piattaforma intermodale aperta e interoperabile che raccolga i dati erogati dalle varie aziende di trasporto e, attraverso l'uso di algoritmi evoluti, sia in grado di elaborare e pianificare un viaggio integrando tutte le diverse modalità per raggiungere la meta desiderata [anche attraverso la capitalizzazione degli output del progetto in corso G.I.F.T.2.0 (Greece-Italy Facilities for Transport)];
C. Biglietto integrato con strumenti di acquisto elettronico;
D. Utilizzo di nuove tecnologie per migliorare i servizi di creazione e timbratura biglietto (NFC);

E. Sistema di avvisi push su eventuali problemi relativi alla tratta che l'utente ha pianificato (es: percorsi soppressi, incidenti, ritardi, alternative, …);
F. Possibilità per l'utente di prenotare servizi di accompagnamento (es. disabili) sui mezzi che lo consentono;
G. App che eroghino i servizi di pianificazione, visualizzazione e acquisto;
H. Sistemi di rilevazione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto da parte degli utenti attraverso l'uso di tecnologie cellulari per la sperimentazione di nuovi modelli di business per il biglietto integrato;

Al punto 2., il nuovo progetto potrebbe potenzialmente integrarsi al progetto in corso GIFT2.0. L'idea è di capitalizzare i risultati del progetto GIFT2.0 (Progetto strategico a valere sul programma Interreg Italia-Grecia) che, tra i sui obiettivi, mira a creare un nuovo modello di trasporto intermodale tra le due sponde dell'Adriatico che faccia leva sull'integrazione di differenti mezzi di trasporto (aereo, traghetto, bus, treno, taxi, bici).

Partendo da tali risultati, vorremmo costruire una "infomobilità" integrata per tutto il territorio regionale. E in particolare:

- Mappare tutte le linee di trasporto pubblico operanti sul territorio regionale;
- Definire e implementare nuove rotte in relazione alle reali necessità del territorio;
- Integrare e rendere omogenei tutti i dati acquisiti;
- Acquisire tutte le info e renderle disponibili su una piattaforma tecnologica in grado di supportare i viaggiatori nella scelta ottimale del tragitto.

Azione 1.5 sviluppo di applicazioni e servizi mirati all'apertura di dati provenienti dal patrimonio informativo delle pubbliche amministrazioni e al loro riutilizzo efficace, in termini economici e per il rafforzamento della democrazia e della responsabilità delle istituzioni.

Attività

1.5.a Sistema di valorizzazione del patrimonio informativo regionale

Rafforzare i processi di apertura dei dati pubblici nell'amministrazione regionale e negli enti territoriali e incrementare la realizzazione e pubblicazione del patrimonio informativo regionale secondo quanto previsto dall'Agenda Digitale italiana e dalla normativa regionale. Sostenere la capacità istituzionale di condivisione e produzione di dati di qualità e rafforzare le prassi di monitoraggio, aggiornamento e comprensione delle informazioni da diffondere (capacity building) e dei processi di innovazione. Definire un modello democratico di produzione di "dati aperti", dove i singoli gestori dell'informazione sono i decisori della pubblicazione, all'interno di un'organizzazione strutturata di raccolta e diffusione dei dati. Realizzare una piattaforma ICT interoperabile con analoghi sistemi di produzione e pubblicazione degli Open Data già realizzati in altre regioni a livello nazionale ed europeo.

1.5.b Linked open data

L'Agenda digitale individua come una delle sfide principali per le Pubbliche Amministrazioni quella dei *Linked Open Data* al fine di rendere possibile il collegamento e l'utilizzo di dati provenienti da diverse sorgenti. Nel percorso di supporto all'Amministrazione pubblica quale "promotrice dello sviluppo a livello territoriale" saranno promossi progetti di innovazione che, partendo da una revisione tecnologica e organizzativa degli

attuali strumenti in uso nelle differenti aree regionali, consentano il libero accesso all'informazione regionale e traducano il concetto di Open Government in un vero e proprio modello sostenibile, al fine di rendere l'amministrazione regionale trasparente, aperta, partecipativa, collaborativa. Favorire il pluralismo dell'Open Source e accompagnare l'evoluzione del *framework* regionale esistente verso un Centro Servizi regionale a supporto del territorio, quale strumento abilitante del modello di interazione tra pubblico e privato. Utilizzo dell'approccio *Linked Open Data* a tutto il patrimonio informativo pubblico generato e gestito dall'amministrazione regionale e dalle amministrazioni locali, anche in funzione dello sviluppo di applicazioni di nuova generazione da parte del sistema produttivo locale.

FOCUS TECNOLOGICO A SUPPORTO DELLA LINEA 1

- Tecnologie, sistemi, metodi e architetture per:
  - gestione, processamento e immagazzinamento di set complessi di dati (big data);
  - interfaccia uomo-macchina (multimedia e nuovi approcci, es.: visualizzazione 3D);
  - sistemi sensoristici avanzati;
  - sistemi ICT per l'efficientamento energetico (hardware and software);
  - sistemi potenziati per la sicurezza, tutela e privacy.
- Tecnologie, infrastrutture e standard per una migliore interoperabilità, eterogeneità, scalabilità e sviluppo di applicazioni di tecnologie informatiche, prodotti e servizi.
- Modelli Europei federati di Cloud Computing (cloud community private, pubblica, ibrida) e Servizi IaaS (Internet as a Service), PaaS (Pay as a Service), SaaS(Software as a Service) con focus specifico su open source, "apps" e altre architetture e relativi requisiti di Qualità del Servizio (QoS).
- Tecnologie di reti mobili (mobile networks).
- Tecnologie GIS, reti multisensoristiche sismiche, mareografiche, di posizionamento.
- Sensoristica e dispositivi (es.: per applicazioni di domotica), tecnologie di comando e controllo, tecnologie di comunicazione wireless, comunicazioni macchina verso macchina (M2M) – Internet delle cose, Biorobotica.
- Tecnologie ICT applicate ai veicolo, sistemi di trasporto, logistica e traffico, quali comunicazioni wireless e sistemi sensoristici avanzati per comunicazioni a bordo e da veicolo verso infrastruttura/ambiente.
- Sistemi e dispositivi per la gestione dei dati e delle informazioni (accesso, identificazione, autorizzazione, protezione, monitoraggio, confidenzialità, integrità) per assicurare sicurezza, riservatezza, robustezza e fiducia nelle reti di comunicazione (Cybersecurity, Trustworthy ICT).
- Modelli efficienti di calcolo e gestione dati rispondenti alle sfide imposte dalla aumentata connettività tra dispositivi/oggetti e applicazioni con alti volumi di dati..
- Big data, Open Data Innovation, Open linked data.
- Tecnologie per l'apprendimento automatico in rispetto della privacy (privacy-aware machine learning), comprensione del linguaggio.
- Tecnologie di gestione dell'informazione e dei contenuti.
- Previsione, monitoraggio e misurazione delle tecnologie maggiormente sfidanti (challenging technologies).
- Interoperabilità semantica su web, dizionari e ontologie standard.
- Co-design delle soluzioni finalizzato al riuso dei sistemi e dei componenti software.

2. Rafforzamento del settore ICT e diffusione delle ICT nelle imprese e nella PA

Azione 2.1 Rafforzare il settore ICT e la diffusione delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione nei processi produttivi delle PMI coerentemente con la strategia di smart specialization Smart Puglia 2020.

La crescita e l'economia digitale passano, ancora, attraverso la gestione e il monitoraggio tecnico, scientifico e amministrativo dei progetti di Ricerca e Sviluppo co-finanziati dall'ente regionale. Qui, vengono chiamate in campo, anzitutto, le azioni per l'attuazione della strategia di *Smart Specialization* con proposte progettuali che vanno dallo sviluppo di cluster innovativi digitali regionali (che mettono insieme imprese, università, enti pubblici di ricerca, aggregazioni pubblico-privato ecc.), a interventi di sostegno all'innovazione digitale delle PMI (in termini di servizi di consulenza per l'innovazione, voucher per servizi e soluzioni digitali, voucher per i ricercatori, apprendistato per la formazione di giovani tecnici/tecn4ologi).

Attività

2.1.a. Sviluppo di partenariati/cluster innovativi digitali regionali con riferimento alla metafora della quadrupla elica

Costruzione di una comunità, orientata sui servizi innovativi (Innovation Service oriented Community) di sistemi collettivi tecnico-sociali, caratterizzata da una elevata modularità e una flessibile capacità di riconfigurazione delle proprie abilità manifatturiere, tramite interventi a sostegno dell'aggregazione e del rafforzamento del settore ICT regionale come i cluster tecnologici regionali (Imprese, Università, Enti Pubblici di Ricerca, Aggregazioni pubblico private ecc..) per la creazione di masse critiche di specializzazione e competenze regionali connesse a reti lunghe di innovazione integrate a livello nazionale ed europeo, coerenti e integrabili con gli interventi comunitari (*Horizon 2020, COSME*) e nazionali (PON, progetti interregionali) nel campo della ricerca e innovazione in ambito ICT. Inoltre è opportuno sviluppare e implementare strumenti tecnologici a sostegno dei modelli di aggregazione e partenariati per l'innovazione digitale (Privati-Pubblico), tra Imprese, Organismi di ricerca e Utenti finali, valorizzando il modello metodologico sperimentato con l'iniziativa Living Labs che ha consentito di incidere sulla capacità di co-progettazione e partecipazione attiva del territorio.

2.1.b. Interventi a sostegno dell'innovazione digitale delle PMI

Promuovere processi di innovazione digitale delle PMI in termini di interventi su contenuti, servizi, network e dispositivi per governare in maniera appropriata la sovradimensionata disponibilità di dati (*data deluge*) oggi fruibile in rete, come base per lo sviluppo di nuove capacità e dimensioni imprenditoriali (*entrepreneurial discover*). Si prevedono interventi a sostegno dell'innovazione digitale delle PMI, in particolare le micro e piccole imprese, attraverso strumenti di supporto all'integrazione e acquisizione di competenze specialistiche per l'innovazione di prodotto e di processo, B2B e commercio elettronico (servizi di consulenza per l'innovazione, voucher per servizi e soluzioni digitali, voucher per i ricercatori, apprendistato per la formazione di giovani tecnici/tecnologici presso PMI) nonché per la creazione di nuovi profili professionali e una nuova cultura imprenditoriale (es.: artigiani digitali).

In tale azione il compito dell'Organismo Intermedio di InnovaPuglia è dunque quello di gestire le risorse regionali assegnate a tali attività, ma anche ad attività di Assistenza Tecnica per i diversi Servizi Regionali, attraverso fasi di attuazione, monitoraggio e controllo, con piena autonomia organizzativa, operativa e gestionale agendo per conto dell'Autorità di Gestione della Regione Puglia.

Azione 2.2 Implementazione di appalti innovativi per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento PA.

Attività

2.2.a Appalti pubblici multistadio connessi alle sfide sociali prioritarie (PCP, PPI)

Promuovere l'innovazione per garantire servizi pubblici sostenibili e di elevata qualità (COM 2007 799 def) attraverso appalti pre-commerciali e di procurement innovativo, facendo leva sulla domanda pubblica per favorire l'attivazione di processi di ricerca, sviluppo e innovazione nei territori e rispondere a precise sfide sociali. Sperimentazione di Appalti pubblici multistadio (PCP-PPI) connessi alle sfide sociali prioritarie fissate dalla S3 regionale sul fronte della domanda pubblica di innovazione, con l'intento di favorire lo sviluppo tecnologico di frontiera, completare l'infrastrutturazione immateriale del sistema della ricerca e innovazione e contribuire a incoraggiare gli investimenti privati su potenziali nuovi mercati.

2.2.b Sistemi di knowledge sharing e technology watch a supporto dei processi per il procurement innovativo

Identificare il o i soggetti della domanda pubblica nel caso di *cluster di procurer* pubblici regionali, dove gli attori principali sono identificati dalle PA pugliesi. Stabilire lo stato dell'arte dello stock di conoscenza attualmente disponibile presso le imprese e gli Organismi di Ricerca pugliesi. Verificare i trend tecnologici e gli sviluppi tecnologici di frontiera anche extra regionali con riferimento al fabbisogno e allo stato dell'arte coinvolgendo tra gli altri giovani ricercatori, osservatori tecnologici, imprese e OdR interessati a lavorare in Puglia. Individuare i luoghi delle sperimentazioni dove i potenziali n dimostratori possono essere testati più efficacemente. Si prevede lo sviluppo di una piattaforma *Open Lab di Knowledge Management System*, la raccolta di idee e studi di fattibilità di proposte di ricerca/innovazione per bandi PCP che predispongano a connessioni tra il livello di conoscenza regionale ed extra regionale anche con la valorizzazione di reti lunghe, l'individuazione di fornitori di *technology watch*, *benchmarking* e anteriorità.

2.2.c Evoluzione del e-procurement regionale

Contribuire allo sviluppo del procurement pubblico regionale attraverso: l'aumento dell'efficienza della spesa pubblica degli Enti e delle Amministrazioni pugliesi; il miglioramento dell'accesso delle PMI al sistema degli appalti pubblici; l'incentivazione delle transazioni di prodotti e servizi a minor impatto ambientale (acquisti verdi); la connessione di EmPULIA e dei suoi utenti al network comunitario e nazionale dell'e-procurement.

Tali obiettivi saranno perseguiti mediante il perfezionamento funzionale dei sistemi di e-procurement esistenti, il ricorso a infrastrutture e standard aperti per una migliore interoperabilità tra Enti e Amministrazioni coinvolti nel processo di acquisto, nonché ricorrendo a tecnologie in Cloud per la fruizione dei servizi all'utenza e ad agenti intelligenti per l'assistenza remota.

Interventi previsti (gli interventi numerati da I. a V. sono in corso di esecuzione nell'ambito del progetto *Evoluzione dei servizi offerti dal portale EmPULIA – Azione 1.5.3 "Sviluppo di servizi, contenuti e portali regionali"*):

I. Sviluppo di nuove componenti software richieste dai Servizi regionali e derivanti dall'allargamento dell'utenza.
II. Sviluppo di funzionalità CRM basate sugli strumenti messi a disposizione dai Server Sharepoint 2010 di EmPULIA.
III. Interfacciamento della piattaforma EmPULIA con il SIR-RP.
IV. Realizzazione di attività di diffusione e comunicazione (Progetti pilota e tavoli tecnici).
V. Gestione sistemistica e manutenzione, Housing.
VI. Evoluzione dei servizi di e-procurement offerti da EmPULIA attraverso modalità di erogazione SaaS a favore di aggregazioni territoriali di piccoli e medi comuni pugliesi.
VII. Sviluppo delle funzioni di Cruscotto per la Supervisione della Centrale Territoriale degli Acquisti, finalizzato a fornire su base periodica informazioni sull'attività negoziale, sul rapporto qualità/prezzo delle prestazioni intermediate, sui fabbisogni espressi dagli Enti aderenti, nonché a calcolare indici direzionali (KPI) relativi alla conduzione di EmPULIA.
VIII. Sviluppo di un sistema di Help Desk on-line, integrato nella piattaforma EmPULIA, per il supporto agli acquisti verdi delle Amministrazioni regionali aderenti a EmPULIA.
IX. Adeguamento degli strumenti di acquisto alle nuove direttive comunitarie (n. 24 e n. 25 del 2014) in materia di procurement pubblico e trasferimento a EmPULIA degli standard tecnologici aperti per procedure di acquisto e scambio documentale, sviluppati nel contesto di progetti europei (Peppol).
X. Realizzazione di un'interfaccia innovativa basata sul paradigma dell'assistente virtuale per il supporto remoto all'utilizzo dei servizi di e-procurement.
XI. Realizzazione di un ambiente per la simulazione di procedure di gara e di acquisto on line, finalizzato all'addestramento di gruppi o di singoli utenti senza la presenza di esperti (agenti software che simulano i ruoli mancanti).
XII. Sviluppo di un sistema di supporto all'integrazione volontaria, intelligente orizzontale e/o verticale (Joining SMEs for bidding) delle PMI operanti sulla piattaforma di e-procurement EmPULIA (Albo dei Fornitori), finalizzata alla costruzione di ATI e Consorzi temporanei per la partecipazione a procedure d'appalto.
XIII. Integrazione e cooperazione applicativa di servizi EmPULIA con i sistemi informativi di Enti e Organizzazioni terze coinvolte nella procedura di gara e nella successiva esecuzione del contratto (AVCP, INAIL, SIMAP, Agenzia delle entrate, Infocamere, Min. Interno, Servizio Ragioneria ecc..).

Azione 2.3 Favorire l'avvio di comunità aperte di condivisione e promozione dello sviluppo di servizi digitali attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione

Attività

2.3.a Promuovere e favorire lo sviluppo di comunità di pratiche sul digitale

Promuovere una Comunità di pratica anche con riferimento alla L.R.n. 20/2012, aperta alle università e al partenariato economico e sociale, che favorisca lo sviluppo della digitalizzazione attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in tutte le attività, al fine di superare le barriere interne all'introduzione della cultura digitale nelle imprese e nelle amministrazioni pubbliche.

2.3.b Servizi di assistenza tecnica per il supporto all'aggiornamento dei documenti regionali di programmazione strategica e regolamentare

Azioni specifiche di coordinamento all'interno del sistema di governance della strategia regionale sull'innovazione (S3, Agenda Digitale) a supporto dei processi di trasparenza, condivisione e partecipazione

dei soggetti territoriali del partenariato sociale, dei distretti tecnologici e produttivi e degli stakeholder di riferimento con la finalità di favorire una loro presenza attiva anche nel processo di aggiornamento di temi e azioni dell'Agenda Digitale. Con riferimento alla parte regolamentare si supporterà la Regione nella definizione e implementazione della documentazione relativa ai nuovi regimi di aiuto in esenzione (GBER) e al recepimento della normativa comunitaria in materia di ricerca e innovazione.

FOCUS TECNOLOGICO A SUPPORTO DELLA LINEA 2

- Architetture per le reti intelligenti e Internet di nuova generazione, reti centrate sull'Informazione, reti opportunistiche e tolleranti alla disgregazione (Opportunistic and Disruption Tolerant Networking);
- Ricerca & sperimentazione su Internet del futuro, piattaforme per sistemi più sicuri (Platforms for trusted systems);
- Strumenti e metodi software per sistemi complessi e grossi volume di dati;
- Architetture e strumenti software per applicazione altamente distribuite;
- Tecnologie di innovazione collaborativa per l'imprenditorialità web;
- Tecnologie emergenti ICT (e.g. realtà aumentata, interfacce utente avanzate, calcolo visivo, immersivo, circostante, multisensoriale, e interattivo)

3. Potenziamento della domanda/offerta di ICT in termini di utilizzo dei servizi on line, inclusione digitale e partecipazione in rete

Attività 3.1 Attivazione e diffusione di servizi digitali sul territorio per rendere i cittadini, in particolare quelli rientranti nelle fasce giovanili, attori dell'innovazione.

Attività

3.1.a Future Digital Labs e Market Place dell'Innovazione

Nei nuovi scenari che determinano nuove relazioni tra l'uomo e gli oggetti con cui interagisce, è indispensabile favorire il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera dell'innovazione: studenti, ricercatori e docenti in nuove opportunità imprenditoriali con soggetti regionali (imprese, banche, startup) e internazionali (GI, investitori internazionali, reti europee dell'innovazione), enti pubblici locali, basati sulla sempre più stretta correlazione tra mondo fisico e mondo digitale e sulla conseguente influenza sulle strutture sociali. Si intende pertanto supportare la domanda di innovazione attraverso:

I. L'attivazione e la diffusione dei "Laboratori Pubblici Digitali" (*Public Lab*), spazi fisici e virtuali attraverso cui promuovere territorialmente la cultura dell'imprenditorialità e dell'innovazione digitale (*Fab Lab, Maker*, Artigiani digitali ecc..) e sperimentare nuovi modelli condivisi di co-progettazione dell'innovazione attraverso il coinvolgimento di: studenti provenienti da corsi/facoltà/università/istituti superiori regionali; docenti e ricercatori; attori terzi regionali, del mondo produttivo (imprese, startup, banche, associazioni imprenditoriali ecc.), delle istituzioni pubbliche e del terzo settore; attori internazionali dell'innovazione digitale (grandi imprese, PMI innovative, investitori internazionali, reti europee dell'innovazione, esperti tecnologici e di mercato, funzionari comunitari ecc..). L'intento è quello di creare ambiti di interazione multidisciplinari finalizzati allo sviluppo di idee di business (dal *THINK-Tank* al *DO-Tank*) e allo scambio di soluzioni, servizi e prodotti tecnologici digitali. Si prevede l'evoluzione del portale Living Labs verso una piattaforma cloud regionale di "*Market Place* dell'Innovazione", aperta a comunità digitali e investitori per lo sviluppo di un nuovo modello socio-economico incentrato sul valore dell'informazione (*open data, big data*), *sull'e-business*, sui *Fab-Lab* e su forme di finanziamento pubblico-privato di idee progettuali.
II. La mappatura continua dei fabbisogni di innovazione digitale attraverso strumenti per la rappresentazione di un quadro di insieme dei fabbisogni tecnologici di innovazione digitale nelle aree di innovazione prioritarie fissate dalla *Smart Specialization Strategy* (S3) regionale (Manifattura sostenibile, Salute dell'uomo e dell'ambiente, Comunità digitali, creative e inclusive). Obiettivo è definire dinamicamente il fabbisogno tecnologico nel territorio regionale (locus of innovation), in una dimensione convergente verso le tecnologie disponibili e nei luoghi dove si addensano le competenze, al fine di generare nuove opportunità socio-economiche secondo un modello virtuoso di *matching* tra domanda e offerta.

3.1.b Evoluzione dei sistemi per la diffusione della conoscenza e della fruizione del patrimonio culturale

Sviluppo e implementazione di azioni di innovazione tecnologica a sostegno della diffusione della conoscenza e della fruizione del patrimonio culturale, attraverso anche la sperimentazione delle tecnologie dell'Internet delle cose (IOT) e della virtualizzazione del patrimonio culturale, restituendo in rete dati e contenuti come patrimonio comune accessibile a tutti gli attori del territorio e in grado di diventare volano per ulteriori iniziative. Tra gli interventi previsti, il completamento della Carta dei Beni Culturali e l'evoluzione verso una rete di Smart Cultural Objects (SCO); il potenziamento della Digital Library della Regione Puglia, un'infrastruttura dei contenuti digitali riferiti a cultura, storia, letteratura, musica, territorio, ambiente della Puglia che renda digitalmente disponibile a tutti coloro che operano nella complessa filiera dei servizi turistici il patrimonio culturale della Regione; la digitalizzazione del patrimonio culturale, soprattutto di quello

sottoutilizzato e poco noto o comunque da salvaguardare; la realizzazione di nuovi servizi funzionali a supportare la Regione nell'attuazione della L.R. n.17/2013.

Azione 3.2 Promozione e presidio di reti, alleanze e iniziative comuni di natura interregionale, nazionale e internazionale

Attività

3.2.a Sistema inter-regionale di centri di competenza digitale

Realizzare un sistema inter-regionale di centri di competenza digitale sui temi dell'Agenda Digitale e sulle interconnessioni con la strategia Smart Puglia 2020, ricercando la specializzazione di gruppi di regioni su singole tematiche in modo da avere personale pubblico in grado di fornire supporto a tutte le Amministrazioni territoriali e centrali. Avere nelle PA capacità organizzative stabili per la gestione di programmi & progetti (*programme&project management*) e strutturare funzioni associate per gli uffici ICT dei comuni e reti scolastiche per la gestione associata dell'innovazione didattica e digitale.

3.2.b Supporto al presidio di iniziative di natura scientifico-istituzionale sulla ricerca, innovazione e cooperazione territoriale a valenza nazionale e transnazionale sui temi del digitale

Predisporre un gruppo di lavoro (personale interno IP/RP, dottorandi, consulenti, soggetti terzi) con la finalità di promuovere attività di ricerca, innovazione e cooperazione territoriale anche su azioni dirette a livello europeo (*Horizon2020, COSME*, ecc.), nazionale (PON, ecc.) e internazionale (BEI, Banca Mondiale, ecc.). L'attività mira anche a presidiare reti, alleanze e programmi congiunti per i quali siano prevalenti le implicazioni tecnologiche in termini di ricerca e innovazione con la finalità di favorire la partecipazione delle realtà locali e territoriali anche come ritorno di promozione di *pilot/master user* regionali sulla domanda/offerta di innovazione (Reti di *Living Lab, Innovation partnership*, JTI, JPI, ETP, ERRIN, NEREUS). Si intende inoltre valutare e avviare scambi internazionali di esperienze anche attraverso meccanismi di mobilità transnazionale di funzionari pubblici, ricercatori e imprenditori.

3.2.c Alfabetizzazione, qualificazione ed empowerment della PA regionale, degli operatori e degli stakeholder

A partire dalle azioni di rafforzamento e qualificazione della domanda di innovazione della PA, si intende procedere allo sviluppo di competenze mirate all'impiego di nuovi modelli di appalti pubblici per le attività di ricerca e innovazione (PCP, PPI, ecc.). Più in generale l'obiettivo è quello di costruire ambiti e percorsi di formazione (anche istituzionale) sul territorio a partire dalle esigenze applicative di nuovi servizi e nuove procedure con la finalità di incidere sulla capacità di rispondere alle sfide sociali nel passaggio dalla modernizzazione all'innovazione. Sul fronte della PA si intende incidere sulla metafora del *funzionario pubblico* che evolve verso *l'imprenditore pubblico*" attraverso percorsi strutturati di *capacity building*. Creazione/specializzazione di un sistema cloud di formazione centrato sull'utente *(Life-long Learning*).

Istruzione e formazione con il supporto di contenuti digitali interattivi. Formazione ai formatori. Capacità Istituzionale dell'amministrazione pubblica regionale e locale.

FOCUS TECNOLOGICO A SUPPORTO DELLA LINEA 3

- Piattaforme sociali digitali;
- Corsi massivi aperti da erogare online (MOOCs) per l'accelerazione delle abilità web;
- Piattaforme di sensibilizzazione collettiva multidisciplinare (*Internet Science*);
- Tecnologie per un migliore apprendimento e insegnamento e loro adattamento nei nuovi scenari di apprendimento;
- Tecnologie e component avanzati digitali per i giochi di simulazione virtuale (*serious gaming*);
- Interazione tra computer Multimodale e Naturale;
- Tecnologie wireless, realtà aumentata, tecnologie per *l'enhanced learning*;
- Giochi educativi, tecnologie di *virtual world*, dispositivi mobili;
- Strumenti tecnologici a supporto dell'editoria digitale.

4. Riduzione dei divari digitali nei territori e diffusione di connettività in banda larga e ultra larga coerentemente con gli obiettivi fissati al 2020 dalla "Digital Agenda" europea

Azione 4.1 concorrere all'attuazione del "progetto strategico agenda digitale per la banda ultra larga"

Assicurare nei territori una capacità di connessione ad almeno 30 mbps (al 100% della popolazione e al 100% delle aree industriali) e ad almeno 100Mbps (al 50% della popolazione residente nei centri urbani) nonché contribuire a completare il piano nazionale banda larga nei territori (aree rurali-marginali, aree industriali, ovvero aree interne) che, eventualmente, non abbiano ancora una copertura stabile di connettività in banda larga almeno fino a 2Mbps. Rendere effettiva la disponibilità della rete a larga banda per gli Enti sanitari regionali.

Attività

4.1.a Realizzazione del Centro regionale di Cloud Computing per la PAL

Razionalizzazione delle infrastrutture di elaborazione dati della PAL mediante la loro concentrazione sui servizi di *Cloud Computing* del Datacenter regionale. Minori costi di gestione, minori consumi elettrici (*Green Computing*), maggiore qualità infrastrutturale in termini di servizi condivisi come archiviazione a norma e *Disaster Recovery*, nonché maggiore continuità operativa di servizio. La strategia di razionalizzazione dei Datacenter della PA regionale che la Regione Puglia intende seguire si incentra sulla valorizzazione degli investimenti già fatti e quelli a venire sul Datacenter regionale operativo presso InnovaPuglia. Pertanto la strategia si caratterizza come aderente al Modello "A" delle Linee Guida dell'AgID, con la peculiarità della gestione affidata alla società in-house regionale. Le linee di focalizzazione del Piano che la Regione Puglia intende seguire sono organizzate per tipologia di Amministrazioni e per maturità tecnologica dei Sistemi Informativi delle Amministrazioni. Si prevede pertanto di:

- Procedere già nel biennio 2014-2015 agendo nel comparto della Sanità regionale e su un primo nucleo di Comuni che è possibile coinvolgere sulla base dei progetti in corso. Va quindi in tale direzione il potenziamento del Datacenter regionale con l'ampliamento della dotazione tecnologica e infrastrutturale idonea a garantire i servizi di Cloud privato a un primo nucleo di EE.LL., accogliendo le loro applicazioni e consentendo quindi la chiusura di CED non conformi ai requisiti qualitativi minimi dei CED per la PA definiti dall'AgID. Si punta all'attuazione di un modello cooperativo in cui la fornitura di servizi IaaS *(infrastructure as a Service*) del Datacenter regionale è complementare e di supporto alla fornitura di servizi di realizzazione e gestione di applicazioni informatiche da parte delle imprese ICT fornitrici delle PAL.

- Procedere alla realizzazione del datacenter di *Disaster recovery*, con particolare riguardo a quanto indicato nell'articolo 50-bis "Continuità Operativa" (CO) inserito nel nuovo Codice dell'Amministrazione Digitale (Decreto Legislativo n.235 del 30/12/2010). La server farm regionale presso InnovaPuglia è già costituita da due moderni CED distanti tra loro 500 mt. e collegati da fasci di fibre ottiche. E' evidente che tale configurazione rappresenta una ottima soluzione di *Business Continuity*, ma non garantisce la remotizzazione geografica del sito secondario. Ne consegue l'opportunità di attivare un terzo sito di *Disaster Recovery* (DR) a una distanza più opportuna, che tuteli la server farm anche rispetto a scenari disastrosi come ad esempio un terremoto. Il sito di *Disaster Recovery* sarà realizzato presso la sede dell'ASL LE, che dista oltre 140 Km dal sito primario ed è posizionato in una zona a basso rischio sismico. Il collegamento a livello rete tra i data center di InnovaPuglia e il data center di DR sarà stabilito tramite l'infrastruttura a larga banda regionale a bassa latenza. In tal modo sarà possibile implementare una soluzione di CO almeno di tipo Tier 4.

- Procedere alla realizzazione dell'infrastruttura tecnologica di supporto al sistema di archiviazione e conservazione. Il Centro Tecnico RUPAR garantirà, la disponibilità di servizi di conservazione a norma per gli Enti che utilizzano i servizi Cloud del Centro e limitatamente ai servizi erogati in modalità *Cloud*. I servizi di conservazione si conformeranno in via generale alle specifiche funzionali rilasciate dal progetto interregionale Pro.De. (Progetto Dematerializzazione).

4.1.b Sviluppo della Banda Ultra larga per la popolazione e completamento copertura connettività dei territori in digital divide

Rendere disponibile a gran parte della popolazione e delle imprese collegamenti in rete ad alta velocità (30-100 Mbps) per favorire la crescita dell'economia digitale. L'innovazione riguarderà sia il lato del consumo di servizi a banda ultra-larga, rappresentato dai cittadini, che il lato dell'offerta di servizi, rappresentato dalle imprese. La diffusione sempre più ubiqua delle infrastrutture in fibra ottica sarà la condizione abilitante per la successiva crescita in termini di banda disponibile e innovatività dei relativi servizi.

Nel rispetto del principio di neutralità tecnologica e della normativa comunitaria in materia saranno adottate specifiche iniziative per il conseguimento dell'obiettivo di dotare la totalità della popolazione, anche quella allocata in aree svantaggiate, del servizio base ADSL 2Mbps o equivalente. Questo comporta l'adozione di azioni, convinte e durature, che permettano di superare il digital divide, individuando nell'ICT un fattore di impulso per la crescita, per innovare l'economia locale, per migliorare l'efficacia della PA e per favorire l'inclusione di tutti i cittadini con l'obiettivo di affrontare anche attraverso l'innovazione le emergenti sfide sociali. A livello operativo si tratta di:

- Valutare le priorità di intervento in diverse aree del territorio regionale al fine di attivare una serie di azioni finalizzate a dotarle di cablaggio in fibra ottica a partire da quelle distinte da una condizione socioeconomica più favorevole. Attuazione preferenziale di una politica di incentivazione degli investimenti privati degli operatori di telecomunicazione, attraverso il cofinanziamento degli interventi. Estensione progressiva e incrementale dell'infrastruttura in fibra ottica dal supporto della velocità di 30Mbps a velocità superiori mediante la diffusione più capillare della fibra.
- Adottate specifiche iniziative per il conseguimento dell'obiettivo di dotare la totalità della popolazione, anche quella allocata in aree svantaggiate, del servizio base ADSL 2Mbps o equivalente. Questo comporta l'adozione di azioni, convinte e durature, che permettano di superare il digital divide, individuando nell'ICT un fattore di impulso per la crescita, per innovare l'economia locale, per migliorare l'efficacia della PA e per favorire l'inclusione di tutti i cittadini con l'obiettivo di affrontare anche attraverso l'innovazione le emergenti sfide sociali.
- Valorizzare e rendere effettiva la disponibilità della rete in fibra ottica che collega, mediante *shelter* con approccio FTTH, circa 25 amministrazioni locali, principalmente sedi della sanità regionale.

4.1.c Collegamento in fibra ottica degli Enti sanitari della Regione Puglia

Saranno collegati alla rete regionale a larga banda fino a n.25 Enti della Sanità, mettendo a loro disposizione collegamenti in fibra ottica ad altissima velocità, dell'ordine del Gbps, molto utili per la disponibilità in rete di esami diagnostici come quelli radiologici. Questi collegamenti rappresenteranno un percorso duplicato di quelli esistenti (RUPAR Puglia), garantendo così l'operatività della struttura sanitaria anche in caso di guasto sul collegamento primario. A livello operativo, dopo aver identificato i punti di accesso della rete regionale a larga banda a cui collegare le sedi degli Enti interessati, attraverso una procedura d'appalto aperta si

procederà ad acquisire i Diritti d'uso in modalità IRU (Indefeasible Right of Use) di fibra ottica spenta e i servizi di manutenzione delle fibre ottiche.

4.1.d Le infrastrutture ad alta velocità per l'accesso ai servizi in Cloud degli EE.LL. e degli Enti sanitari della Regione Puglia

Rendere disponibile agli EE.LL. aderenti alla CN RUPAR Puglia e agli Enti sanitari della regione Puglia collegamenti attivi alternativi per l'utilizzo dei servizi in Cloud. L'azione permetterà di dare massima resilienza all'accesso ai servizi in *Cloud* per gli Enti Locali e per gli Enti sanitari della regione Puglia che utilizzeranno il Data Center regionale per i propri servizi.

In questa attività rientra anche la progettazione e la realizzazione dell'infrastruttura di comunicazione per collegare il sito di *Disaster Recovery* al datacenter primario regionale.

Laddove non sarà disponibile l'infrastruttura a larga banda verranno installati collegamenti di tipo satellitare per consentire agli EE.LL. la fruizione dei servizi erogati dal Data Center di InnovaPuglia; tali collegamenti satellitari potranno anche essere previsti all'interno degli EE.LL. già serviti dalla larga banda al fine di aumentare il grado di resilienza e disponibilità della infrastruttura di accesso ai servizi *Cloud*. Nella fase di evoluzione del progetto saranno inoltre acquisiti altri apparati CPE e il potenziamento hardware e software di quelli esistenti per gestire l'aumento del numero delle EE.LL. e degli Enti sanitari della regione Puglia che dovranno utilizzare i servizi in Cloud. A livello operativo si prevede:

- Acquisizione e posa in opera di apparati ottici per la rete regionale a larga banda in fibra ottica
- Rilascio di collegamenti alternativi per accedere ai servizi in Cloud resi disponibili dal Data Center regionale; oltre al proprio collegamento RUPAR-SPC, gli Enti potranno contare sulla disponibilità di collegamenti alternativi interamente dedicati all'uopo sulla rete a Banda Larga regionale
- Laddove non sarà possibile attivare collegamenti sulla rete a Banda Larga regionale, verranno attivati collegamenti via satellite
- Acquisizione apparati CPE e potenziamento della infrastruttura di backbon

Azione 4.2 Consolidamento dell'infrastruttura tecnologica,

L'azione si caratterizza per scelte di architetture *service oriented* e un sistema di cooperazione applicativa conforme agli standard SPCoop che rendono più semplice e flessibile lo scarico e l'utilizzo delle informazioni, la condivisione e l'interscambio di dati con altri sistemi informativi e di documenti tra amministrazione regionale, amministrazioni locali e il sistema territoriale pugliese. Afferente al Servizio RUPAR, Larga Banda e Reti di InnovaPuglia (inclusivo del Centro Tecnico della RUPAR Puglia), l'infrastruttura è basata su investimenti, che consentono di rafforzare il concetto di *Community Network* e di cooperazione applicativa tra Enti Locali.

4.2.a Evoluzione RUPAR-SPC e consolidamento delle infrastrutture tecnologiche del CT

La rete RUPAR Puglia (Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale della Puglia) rappresenta l'infrastruttura portante di comunicazione a livello regionale, parte integrante del Sistema Pubblico di Connettività (SPC); essa garantisce l'interconnessione delle Pubbliche Amministrazioni Locali (PAL) pugliesi tra loro, con le Pubbliche Amministrazioni Centrali (PAC) e con le altre PAL interconnesse al SPC (*Community Network*) attraverso una infrastruttura di servizio che garantisca qualità e sicurezza delle connessioni,

rispettando gli standard approvati a livello nazionale. Durante il biennio 2014-2015 verrà esperita la gara per l'aggiudicazione del nuovo Accordo Quadro; si prevede di collaudare l'evoluzione della *Community Network* RUPAR-SPC entro dicembre 2015.

La RUPAR-SPC è il supporto necessario per l'erogazione di servizi di base quali Posta Certificata, protocollo informatico, servizi di videoconferenza, servizi di cooperazione applicativa (SICA, che permettono a sistemi informativi degli EE.LL. aderenti di interagire tra loro e con gli enti Centrali sulla base di messaggi standardizzati e dunque interpretabili da ciascun ente cooperante), servizi di Identity management (IdP).

L'attività rappresenta il consolidamento, la realizzazione e l'evoluzione delle infrastrutture tecnologiche e di servizio necessarie per un compiuto sviluppo della Società dell'Informazione e dell'E-Government e controllo della *Community Network* RUPAR-SPC. L'attività rappresenta il primo elemento per garantire l'erogazione dei servizi in Cloud per le pubbliche amministrazioni locali.

Interventi

I. Evoluzione della CN RUPAR-SPC con espletamento delle procedure di gara per il nuovo Accordo Quadro, governance della CN RUPAR-SPC, manutenzione evolutiva del servizio di Protocollo Informatico e gestione documentale, del servizio di Posta Elettronica Certificata, del Centro Servizi di Cooperazione Applicativa e del servizio di *Identity Provider.*
II. Mantenimento delle certificazioni ISO 9001 e ISO 27001/2013.
III. Attivazione del NOC e del SOC con l'avvio di un SIEM (*Security Information Event Management*), ambiente in corso di acquisizione. CERT della PA regionale richiamare ADI .
IV. Consolidamento delle infrastrutture di elaborazione del Centro Tecnico RUPAR mediante l'adozione di tecnologie interamente *Open Source*, che consentiranno di ottimizzare le risorse di calcolo, l'abbattimento dei costi di energia elettrica, nonché i costi di esercizio e di manutenzione.
V. Gestione infrastrutture tecnologiche dell'Ente Regione Puglia.
VI. Sperimentazione e avvio dell'infrastruttura IPv6.

4.2.b RUPAR Wireless

L'infrastruttura, quale estensione wireless della RUPAR regionale, si basa sulla disponibilità di un APN dedicato che gestisce il traffico generato dai dispositivi mobili regionali connettendoli ai server localizzati in InnovaPuglia. L'infrastruttura garantisce, pertanto, un servizio che, se pur basato su rete commerciale, può contare su priorità nella disponibilità di banda (42.2 Mbit) e su maggiore affidabilità in termini di confidenzialità e integrità.

Rispetto alle altre componenti della infrastruttura, ovvero le centrali operative in ambito 118 e protezione civile, sono stati attivati circa 450 terminali utente; in particolare, per applicazioni legate all'emergenza sanitaria, l'infrastruttura garantisce la copertura di tutti i mezzi del 118 regionale (attraverso 174 palmari e 180 tracker), per quanto sia in atto un upgrade nella dotazione sui mezzi mobili nell'ambito del progetto del "nuovo 118".

L'infrastruttura garantendo l'accesso alla rete RUPAR è utilizzata anche per tutti i servizi legati alla manutenzione e alla gestione delle attività tipiche del Centro Tecnico.

L'attività è finalizzata a fornire servizi tecnologici e applicativi per il supporto alla gestione delle operazioni di emergenza in centrale operativa, la connettività dati/voce riservata e in mobilità sui mezzi mobili, il

monitoraggio del posizionamento dei mezzi, il supporto alla navigazione su tragitti stradali, l'accesso remoto in mobilità attraverso la rete RUPAR Wireless all'applicativo di centrale operativa.

Saranno pertanto mantenuti attivi per il periodo indicato e in modalità complementare con quanto previsto dal "Nuovo 118", i servizi implementati da InnovaPuglia e utilizzati in esercizio negli ultimi anni dal 118 regionale, dalla Protezione Civile Regionale e dagli altri attori coinvolti consentendo agli operatori di centrale, ai responsabili e al personale a bordo dei mezzi di operare in sinergia tra loro in modo da risultare rapidi ed efficaci nell'esecuzione di compiti legati agli interventi di emergenza e/o di urgenza.

Il mantenimento della continuità operativa dei servizi implementati consente inoltre di proseguire la raccolta e archiviazione dei dati storici relativi a tutte le fasi di intervento dei mezzi presenti sul territorio. I dati archiviati potranno essere oggetto di analisi e studi statistici anche per la determinazione di indicazioni utili alla programmazione strategica del 118 in termini ad esempio di spesa carburante per singolo mezzo come media risultante dal numero di chilometri percorsi, o di supporto alla pianificazione e distribuzione mezzi in relazione alle statistiche di localizzazione cartografica degli interventi di emergenza.

I servizi implementati consentono quindi di salvaguardare la sinergia che il sistema RUPAR Wireless ha stimolato tra gli attori regionali che partecipano alla gestione delle emergenze sul territorio regionale.

Sulla base di queste considerazioni, il progetto perseguirà in continuità i seguenti obiettivi generali, espressi in termini di forniture di servizi specifici che hanno consentito di mantenere in esercizio quanto sperimentato e già utilizzato:

- Servizio di connettività e trasporto dati su linea terrestre dedicata e ridondata;
- Servizio Fonia in mobilità su rete cellulare;
- Connettività dati su IP in mobilità;
- Servizio di invio SMS;
- Spedizione automatica del dato di posizione da parte dei mezzi;
- invio immagini e video dal campo alla centrale operativa;
- Visualizzazione flotta in tempo reale su sito web RUPAR Wireless;
- Invio indicazioni operative/posizione dell'intervento dalla centrale operativa al terminale mobile sul mezzo;
- Servizio di ricerca indirizzo/coordinate su mappa;
- Servizio di visualizzazione informazioni, immagini e video inviati dal campo;
- Servizio di visualizzazione percorsi e dati storici;
- Servizio di accesso remoto in mobilità attraverso RUPAR Wireless all'applicativo di centrale (sistema proprietario);
- Servizio di gestione ospiti e associazione veicoli terminali;
- Servizio di manutenzione Hardware/Software terminali mobili;
- Servizio formazione e assistenza;
- Fornitura della connettività voce/dati in mobilità ai sistemi del "Nuovo 118".

FOCUS TECNOLOGICO A SUPPORTO DELLA LINEA 4

- Tecnologie Ottiche/Radio/Satellitari per reti a larga banda con e senza cavi, (*wireline and wireless networks*): accesso, distribuzione, trasmissione
- Integrazione di sistemi intelligenti di tecnologie e soluzioni basate su miniaturizzazione sistemistica e integrazione delle tecnologie abilitanti chiave (*Kets*)
- *Data Center Technology and Operations*
- Reti infrastrutturali avanzate 4G/5G

5. LE AREE FUNZIONALI

Le aree funzionali sostanziano sinteticamente gli *stack* di *outcome* digitali prodotti dalle attività di InnovaPuglia grazie alla flessibilità peculiare delle proprie competenze, razionalizzate nelle singole attività ma non cristallizzate in esse e nelle linee di afferenza.
La caratterizzazione di tali aree rende facilmente percettibile la congruenza con la programmazione regionale. Ma le aree funzionali non sono da considerare categorie sovrastrutturali legate alla necessità di rendere macroscopicamente il dettaglio delle singole attività e delle loro linee di afferenza, ma rappresentano il senso del ruolo di una società ICT in house: la funzionalità, appunto, e di conseguenza l'utilità. Se a monte ci sono le politiche regionali per l'innovazione a valle ci deve essere il risultato delle stesse politiche che in termini tecnici di ICT significa nuova capacità funzionale attraverso infrastrutture tecnologiche, sistemi abilitanti e servizi di dominio sempre più avanzati. In questo processo la società "in house" deve 1) assorbire domanda, 2) elaborarla attraverso le sue attività e 3) restituire utilità nelle suddette funzioni specifiche, rappresentate dalle aree, in sintonia con gli obiettivi delle politiche.

1. Area potenziamento infrastrutturale

Fatti salvi i criteri di razionalizzazione delle infrastrutture ICT delle Pubbliche Amministrazioni[6] stabiliti dall'AgID in quest'are funzionale ricadono interventi coordinati di:

- Adeguamento e rafforzamento strutturale di reti telematiche e infrastrutture digitali (ICT), su modello di reti già esistenti, a sostegno del sistema informativo regionale
- Realizzazione strutturale di un sistema di gestione di banche dati del patrimonio informativo attraverso l'utilizzo di soluzioni standard aperte (logica dell'open government e open access).

2. Area sistemi abilitanti

E' l'area degli strumenti informatici che abilitano le amministrazioni, i cittadini, le imprese, i centri di ricerca e le università a relazionarsi in maniera sinergica, dinamica e sistemica per la crescita inclusiva del territorio. I servizi abilitanti determinano, nel loro complesso, l'ambiente operativo della infrastruttura. Afferiscono a quest'area funzionale i principali servizi messi a punto da Innova Puglia che potranno essere ulteriormente sviluppati insieme a nuove applicazioni. Tra i sistemi già consolidati ricordiamo la gestione documentale (nello specifico, il sistema Diogene) per l'archiviazione e l'accesso a documenti condivisi nell'ambito della PA, in modo coerente con il quadro giuridico e normativo relativo all'introduzione del documento digitale nella Pubblica amministrazione (Codice dell'amministrazione digitale (DL 82/2005, Gennaio 2006); il sistema per l'identità digitale federata (IdP), un sistema unico di identificazione e profilazione dell'utenza, più leggero della CNS, ma che permette all'utenza di registrarsi un'unica volta e di utilizzare quella identità per accedere alla pluralità di servizi del sistema informativo regionale, consentendo di superare molte delle problematiche connesse all'accesso e favorendo una migliore gestione delle informazioni che ciascun cittadino condivide con l'Amministrazione per la fruizione dei servizi; il servizio PEC; i servizi per l'accesso all'informazione geografica, sempre più trasversali rispetto a una pluralità di contesti applicativi; strumenti di workflow conformi a standard internazionali per la gestione operativa dei processi (interni, esterni) che sottendono i differenti procedimenti amministrativi.

[6] Linee Guida alla Razionalizzazione delle Infrastrutture ICT delle PP.AA.

3. Area servizi di dominio

I servizi del sito istituzionale della Regione prevedono l'utilizzo di ambienti e soluzioni già presenti sul mercato prevalentemente in modalità **open source** e in linea con il modello architetturale di sistema informativo regionale e allo stesso tempo necessitano di un'architettura di base che progressivamente consentirà di integrare tutti gli attuali portali/siti regionali all'interno di uno stesso framework funzionale e tecnologico, prefigurando nell'ambito di quest'area funzionale:

- Un **nuovo modello comunicativo, organizzativo e tecnologico** all'interno del quale far nascere e sviluppare in maniera armonica e tecnicamente sostenibile tutte le differenti esigenze di comunicazione dell'amministrazione regionale (sub portali tematici);
- Una soluzione architetturale basata su una **infrastruttura evoluta e innovativa** in grado di coinvolgere, nei processi di comunicazione e informazione, i diversi uffici dell'Amministrazione e di condividere un'unica risorsa di Content Management per la gestione dei propri contenuti e sub portali tematici;
- Una **nuova organizzazione della redazione e struttura dei contenuti informativi e di servizio** basata sul paradigma di redazione "distribuita e centralmente condivisa" in cui ogni struttura regionale produttrice di contenuti sia responsabile delle proprie informazioni nel contesto di regole definite e condivise centralmente;
- La piena **conformità alle Linee guida per i siti web delle PA** emanate dal Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione (art. 4 della Direttiva n. 8/2009), intesa come percorso in cui delineare gli aspetti fondamentali del processo di sviluppo progressivo dei servizi on line della Regione Puglia e di offerta di informazioni di qualità certificata.

Infine, con riferimento agli **open-data**, si vuole mettere a disposizione del cittadino e delle imprese l'insieme dei dati pubblici gestiti dall'Amministrazione in formato aperto in quanto rappresenta un passaggio culturale necessario per il rinnovamento delle istituzioni nella direzione di apertura e trasparenza proprie dell'Open Government, a tutti i livelli amministrativi. Il libero accesso all'informazione pubblica si configura infatti come un aspetto fondamentale per tradurre il concetto di Open Government in un vero e proprio modello sostenibile, in quanto consente di:

- **Rendere l'amministrazione trasparente**. Il libero accesso a documenti, atti e saperi sul governo della "res publica" e sulle scelte politico-istituzionali compiute dalle Amministrazioni è un aspetto centrale per la trasparenza delle Istituzioni. Tale aspetto stimola e facilita i cittadini a un controllo continuo e costante sull'operato e sui processi decisionali dei soggetti istituzionali. Attraverso l'attuazione di politiche di apertura reale delle informazioni e dei dati pubblici, i cittadini sono in condizione di verificare l'efficienza dell'apparato burocratico.
- **Rendere l'amministrazione aperta**. La distribuzione dei dati pubblici in un formato aperto e libero da restrizioni sia dal punto di vista dell'accesso che dell'integrazione e del riutilizzo, rappresenta il presupposto di base affinché possa svilupparsi un vero e proprio processo di collaborazione tra le istituzioni e la comunità dei cittadini sulle scelte di governo, anche la rielaborazione in forma nuova e diversa dei dati messi a disposizione.

6. Le Matrici di Collegamento con il PO 2014-2020 e Agenda Digitale Puglia 2020

È possibile offrire una lettura delle attività rispetto all'Agenda Digitale Regionale e agli Obiettivi tematici del PO 2014-2020. Il risultato restituisce la seguente **vista a matrice** declinata per **Aree funzionali [1], Agenda Digitale Regionale [2], Obiettivi Tematici del PO 2014-2020 [3] e Servizi regionali interessati [4]:**

OT2

ADR	Obiettivo specifico R.A. 2.1 Ridurre i divari digitali			Obiettivo specifico R.A. 2.2 Digitalizzare i processi amministrativi																												Obiettivo specifico R.A. 2.3 Potenziare la domanda di ICT di cittadini e imprese						
OT2 - Azioni	2.1 Interventi per la riduzione dei divari digitali nei territori e diffusione di connettività in banda ultralarga			2.2.I Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi e interoperabili per l'efficienza e la trasparenza della Pa									2.2.II Potenziamento del sistema regionale di datacenter e diffusione delle piattaforme di cloud computing regionali		2.2.III Interventi in ambito di sanità elettronica e telemedicina	2.2.IV giustizia digitale territoriale	2.2.V Turismo e Beni culturali		2.2.VI smart cities		2.2.VII Potenziamento di servizi, contenuti e applicazione per lo sviluppo sostenibile sovraterritoriale			2.2.VIII Evoluzione e potenziamento del sistema informativo regionale							2.3.I Sensibilizzazione all'uso e alla sperimentazione della banda larga e ultralarga presso cittadini e imprese	2.3.II Sviluppo di punti di accesso e laboratori per la cittadinanza digitale			2.3.III Smart Cultural Objects a supporto della Didattica 2.0.:	2.3.IV Living lab per lo sviluppo delle applicazioni e i servizi basati sugli open data	
Sistemi abilitanti	1.3.d	4.2.a	4.2.b	1.1.a	1.1.b	1.1.l	1.1.m	1.1.n	1.1.o	1.2.a	2.2.c			1.3.b		1.3.n		1.3.m	1.4.f	2.2.a	2.2.b	3.2.a	1.1.j	1.1.p	1.1.q	1.3.i	1.5.a			1.3.a	2.3.a		1.4.a	1.5.b	3.1.a
Servizi di dominio				1.1.g	1.1.h	1.1.i	1.2.b	1.3.l	2.3.b	3.2.c		1.3.e	1.4.d	1.3.c	1.1.c	1.1.k	1.4.b	1.3.o	1.3.p	1.4.c	1.4.e	3.2.b	1.3.f	1.3.g	1.3.h	1.3.j	1.3.k	1.3.q	2.1.b	1.1.d	1.1.e	1.1.f	3.1.b	2.1.a	
Potenziamento infrastrutturale	4.1.b	4.1.c	4.1.d									4.1.a																							

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali

OT1

- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informativo e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

OT1	Obiettivo specifico R.A. 1.1 Incrementare l'attività di innovazione nelle imprese					Obiettivo specifico RA 1.3 Promuovere nuovi mercati per l'innovazione		Obiettivo specifico RA 1.4:Aumentare l'incidenza di specializzazioni innovative in perimetri applicativi ad alta intensità di conoscenza	
OT1 - Azioni	1.1 Interventi di sostegno alle attività di R&S per lo sviluppo di nuove tecnologie sostenibili di nuovi prodotti e sevizi		1.2 Interventi di sostegno alla valorizzazione economica dell'innovazione e dell'industrializzazione dei risultati della ricerca	1.3 Interventi per l'innovazione e l'avanzamento tecnologico delle imprese		1.4 Interventi di promozione di nuovi mercati per l'innovazione		1.5 Interventi per la creazione e consolidamento di start up innovative	
Sistemi abilitanti	**3.2.a**			**2.2.b**	**2.3.a**	**3.1.a**	**2.2.a**	**3.1.a**	**1.5.b**
Servizi di dominio	**2.1.a**	**3.2.b**	**2.3.b**	**2.1.b**					
Potenziamento infrastrutturale									

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali
- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informative e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

OT 11

OT11	Obiettivo specifico R.A. 11.1 Aumento della trasparenza e interoperabilità e dell'accesso ai dati pubblici			Obiettivo specifico R.A. 11.3 Miglioramento dlle prestazioni della pubblica amministrazione									Obiettivo specifico R.A. 11.6 Migliorare la governance multilivello	
OT11 - Azioni	11.1 Interventi per l'aumento della trasparenza e interoperabilità			11.2 Qualificazione ed empowerment delle istituzioni, degli operatori e degli stakeholders	11.3 Interventi per il miglioramento delle prestazioni della p.a.								11.6 Interventi per il miglioramento dell'attuazione del p.o.	
Sistemi abilitanti	**1.5.a**	**1.5.b**	**1.1.a**	**3.2.c**	**1.1.a**	**1.1.b**	**1.1.l**	**1.1.m**	**1.1.n**	**1.1.o**	**1.1.j**	**1.2.a**	**2.3.b**	**2.3.a**
Servizi di dominio				**2.2.b**	**1.1.d**	**1.1.e**	**1.1.f**	**1.1.g**	**1.1.h**	**1.1.i**				
Potenziamento infrastrutturale														

Legenda servizi regionali

- Servizio Ricerca Industriale e Innovazione
- Servizio Turismo e Beni culturali
- Servizio Pianificazione Programmazione delle infrastrutture per la mobilità
- Servizio Affari generali
- Servizio Attuazione del programma
- Servizio Agricoltura
- Servizio Sistema informativo e investimenti in sanità
- Servizio Bilancio e ragioneria
- Servizio Assetto del territorio
- Servizio Urbanistica
- Servizio Demanio
- Servizio Attività economiche consumatori
- Servizio Ecologia
- Servizio Politiche per il lavoro

Legenda sintesi attività Piano Industriale

1 Linea Digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali interoperabili della PA offerti a cittadini e imprese (PA digitale)

1.1 Azione Potenziamento e dispiegamento di servizi innovativi per l'efficienza e la trasparenza della PA e per il rafforzamento del sistema di e-government regionale

1.1.a Sistema di supporto alla semplificazione e accelerazione delle procedure amministrative
1.1 b Sistema di supporto alla dematerializzazione delle interazioni con i cittadini e le imprese
1.1.c Sistemi per una Giustizia del territorio più efficace ed efficiente
1.1.d Sistema di supporto alle politiche del lavoro e governance del sistema formazione-lavoro- istruzione regionale
1.1.e Sistema di supporto alle politiche del Welfare regionale
1.1.f Sistema di supporto alle politiche abitative regionali
1.1.g Sistemi di supporto al monitoraggio economico-finanziario degli investimenti
1.1.h Sistemi di supporto al monitoraggio economico-finanziario degli investimenti in ambito delle Politiche AgroAlimentari
1.1.i Sistemi di supporto alla gestione amministrativa - contabile
1.1.j Integrazioni funzionali mediante BI nell'ambito del SIRP
1.1.k Ampliamento ed evoluzione dell'offerta di servizi interattivi del Sistema Informativo Regionale Turistico
1.1.l Esercizio ed Evoluzione del sistema di Posta Elettronica Certificata
1.1.m Esercizio ed Evoluzione del sistema di Protocollo Informatic
1.1.n Esercizio ed Evoluzione del sistema di Identità Federata
1.1.o Esercizio ed Evoluzione dell'infrastruttura di Cooperazione Applicativa
1.1.p Polo di Conservazione Regionale
1.1.q Attività di qualità e misura del SW

1.2 Azione Soggetto Aggregatore delle regione Puglia (SArPULIA)

1.2.a Erogazione dei servizi di centralizzazione delle committenze e committenze ausiliarie
1.2.b Startup ed avvio alla gestione del SArPULIA

1.3 Azione Potenziamento di servizi, contenuti e applicazioni per lo sviluppo sostenibile territoriale caratterizzati da un forte coordinamento sovra territoriale in ambiti di diretto interesse per la qualità della vita (con particolare riferimento ai temi e-health e e-care) e la sostenibilità ambientale

1.3.a Servizi informativi e interattivi per cittadini, professionisti e imprese
1.3.b Digitalizzazione dei servizi e processi produttivi delle Aziende Sanitarie e organizzazioni del SSR
1.3.c Servizi per la conoscenza e il governo strategico del SSR
1.3.d Servizi di infrastrutturazione tecnologica e conduzione operativa dei sistemi informativi
1.3.e Sviluppo di banche dati e reti per il monitoraggio del Territorio
1.3.f Sistema di gestione del PPTR e dei procedimenti autorizzativi connessi
1.3.g Evoluzione tecnologica dell'infrastruttura di gestione della banca dati e dei servizi territoriali del SIT
1.3.h Sviluppo della componente urbanistica del SIT
1.3.i Monitoraggio del territorio agricolo, anche attraverso tecniche di telerilevamento da aereo/da satellite
1.3.j Potenziamento dei contenuti digitali del sistema informativo territoriale dell'agricoltura
1.3.k Sistema per la valorizzazione del demanio e del patrimonio pubblico regionale
1.3.l Ampliamento ed evoluzione della componente web dedicata alla gestione digitalizzata delle procedure afferenti la gestione del PRAE
1.3.m Realizzazione del Portale delle aree protette regionali
1.3.n Ampliamento dei contenuti digitali della Digital Library regionale
1.3.o Sviluppo del portale della Valutazione Ambientale Strategica

1.3.p Ampliamento ed evoluzione del portale ambientale
1.3.q Progettualità correnti con carattere di propedeuticità

1.4 Azione Sviluppo di soluzioni integrate per le smart cities and communities su scala urbana, metropolitana, territoriale per il potenziamento dell'integrazione sociale e la qualità urbana.

1.4.a Gli Smart Cultural Objects a supporto della Didattica 2.0.
1.4.b Realizzazione di servizi per la gestione dell'offerta turistica in Mobilità
1.4.c Sviluppo di progetti per attività di ricerca, anche a valere su azioni dirette della Commissione
1.4.d Realizzazione di una Centrale di controllo regionale della circolazione delle merci pericolose in grado di tracciare tutte le flotte di trasporto interessate
1.4.e GIFT 2.0 (Greece - Italy Facilities for Transport 2.0)
1.4.f Centro Regionale di Infomobilità

1.5 Azione Sviluppo di applicazioni e servizi mirati all'apertura di dati provenienti dal patrimonio informativo delle pubbliche amministrazioni e al loro riutilizzo efficace, in termini economici e per il rafforzamento della democrazia e della responsabilità delle istituzioni

1.5.a Sistema di valorizzazione del patrimonio informativo regionale
1.5.b Linked open data

2 Linea Rafforzamento del settore ICT e diffusione delle ICT nelle imprese e nella PA (Economia Digitale)

2.1 Azione Rafforzare il settore ICT e la diffusione delle tecnologie digitali dell'informazione e della comunicazione nei processi produttivi delle PMI coerentemente con la strategia di smart specialization Smart Puglia 2020.

2.1.a Sviluppo di partenariati/cluster innovativi digitali regionali con riferimento alla metafora della quadrupla elica
2.1.b Interventi a sostegno dell'innovazione digitale delle PMI

2.2 Azione Implementare di appalti innovativi per supportare l'offerta di nuovi servizi, prodotti, contenuti e applicazioni con particolare riferimento al segmento PA

2.2.a Appalti pubblici multistadio connessi alle sfide sociali prioritarie
2.2.b Sistemi di knowledge sharing e technology watch a supporto dei processi per il procurement innovativo
2.2.c Evoluzione del e-procurement regionale

2.3 Azione Favorire l'avvio di comunità aperte di condivisione e promozione dello sviluppo di servizi digitali attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione

2.3.a Promuovere e favorire lo sviluppo di comunità di pratiche sul digitale
2.3.b Servizi di assistenza tecnica per il supporto all'aggiornamento dei documenti regionali di programmazione strategica e regolamentare

3 Linea Potenziamento della domanda/offerta di ICT in termini di utilizzo dei servizi on line, inclusione digitale e partecipazione in rete (Cittadinanza Digitale)

3.1 Azione Attivazione e diffusione di servizi digitali sul territorio per rendere i cittadini, in particolare quelli rientranti nelle fasce giovanili, attori dell'innovazione

3.1.a Future Digital Labs e Market Place dell'Innovazione
3.1.b Evoluzione dei sistemi per la diffusione della conoscenza e della fruizione del patrimonio culturale

3.2 Azione Promozione e presidio di reti, alleanze e iniziative comuni di natura interregionale, nazionale ed internazionale in ambito digitale

3.2.a Sistema inter-regionale di centri di competenza digitale
3.2.b Supporto al presidio di iniziative di natura scientifico-istituzionale sulla ricerca, innovazione e cooperazione territoriale a valenza nazionale e transnazionale sui temi del digitale
3.2.c Alfabetizzazione, qualificazione ed empowerment della PA regionale, degli operatori e degli stakeholders

4 Linea Riduzione dei divari digitali nei territori e diffusione di connettività in banda larga e ultra larga coerentemente con gli obiettivi fissati al 2020 dalla "Digital Agenda" europea (Infrastrutture digitali)

4.1 Azione Concorrere all'attuazione del "progetto strategico agenda digitale per la banda ultra larga" e di altri interventi programmati per assicurare nei territori capacità di connessione in BUL

4.1.a Realizzazione del Centro regionale di Cloud Computing per la PAL
4.1.b Sviluppo della Banda Ultra larga per la popolazione e completamento copertura connettività dei territori in digital divide
4.1.c Collegamento in fibra ottica degli Enti sanitari della Regione Puglia
4.1.d Le infrastrutture ad alta velocità per l'accesso ai servizi in Cloud degli EE.LL.

4.2 Azione Concorrere al consolidamento dell'infrastruttura tecnologica, che si caratterizza per scelte di architetture "service oriented" e un sistema di cooperazione applicativa conforme agli standard SPCoop

4.2.a Evoluzione RUPAR-SPC e consolidamento delle infrastrutture tecnologiche del CT
4.2.b RUPAR Wireless

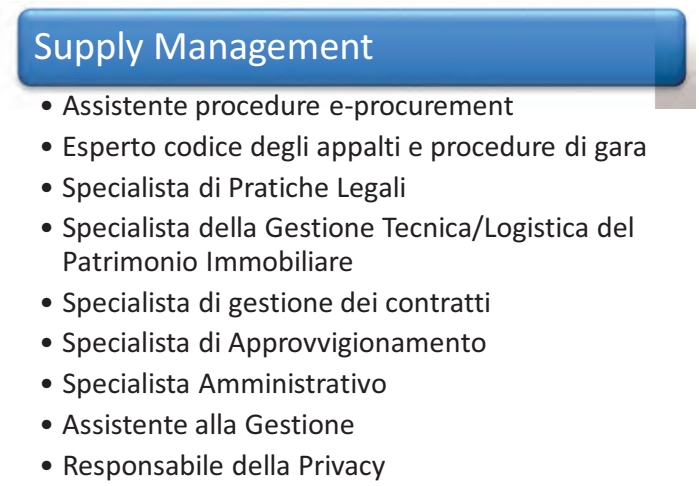
Le competenze digitali

A supporto dello sviluppo di politiche per l'innovazione in una Regione che punta a essere attrattiva, competitiva, inclusiva, consapevole, responsabile, connessa e integrata[7] è necessario puntare su una *corporate governance* in grado di aderire meglio alla domanda di innovazione digitale del territorio. Fatta salva la consolidata configurazione istituzionale degli organi direttivi ne consegue che la mappatura delle competenze in grado di coprire il quadro di attività più su esposto trova una sintesi nei riquadri di seguito riportati raccolti in termini di figure professionali che InnovaPuglia mette a disposizione nel piano triennale 2015-2017.

I profili delle competenze di InnovaPuglia sono ormai da alcuni anni consolidati nel loro tenore culturale specialistico, al tempo stesso ampio e flessibile, e soprattutto allineati al processo di business tipico di una società ICT in house della Pubblica Amministrazione, incentrato sulle funzioni di:

- *Supply Management,* fondamentale per la gestione delle attività di affidamento esterno e quindi di relazionamento soprattutto con l'ecosistema ICT locale, praticando un'azione sistemica di spillover industriale.
- *Performance e Demand Management* per quanto attiene alla sincronia tra l'assetto gestionale aziendale e l'interazione con gli utenti (PA, cittadini, imprese) e la loro soddisfazione
- *Technical e Knowledge Management* relativamente a tutte le attività prettamente operative sia di natura tecnica che di project management e assistenza strategica.

La declinazione di dettaglio delle competenze tra tali funzioni risulta pertanto organizzata come segue:



[7] Smart Specialization Strategy – Smart Puglia 2020 Luglio 2014

Performance and Demand Management

- Specialista di Prevenzione, Sicurezza e Ambiente
- Specialista di Comunicazione Istituzionale
- Specialista delle Relazioni Istituzionali
- Responsabile della Privacy
- Responsabile della L.231
- Specialista di Qualità
- Specialista Amministrativo
- Amministrativo-Contabile
- Specialista di Rendicontazione
- Specialista di Amministrazione del Personale
- Specialista di Valorizzazione del Capitale Umano
- Specialista del Sistema Informativo Aziendale
- Assistente Amministrativo-Gestionale
- Assistente alla Gestione
- Auditor interno e controllo strategico

Knowledge Management

- Specialista nell'area innovazione per la programmazione strategica regionale
- Addetto nell'area innovazione per la programmazione strategica regionale
- Project Manager di interventi pubblici a sostegno dell'innovazione
- Specialista del Monitoraggio e controllo di interventi pubblici a sostegno dell'innovazione
- Addetto al Monitoraggio e controllo di interventi pubblici a sostegno dell'innovazione
- Specialista di modelli di innovazione e progettazione su fondi nazioni e comunitari
- Esperto di progettazione e management di attività di ricerca
- Specialista nello sviluppo di modelli di smart community

Technical Management
• Gestore di Sistemi Informativi
• Gestore di Progetti e Servizi Infotelematici
• Analista di Sistemi Informativi
• Analista di business
• Analista Programmatore
• Tecnico di Collaudo e Integrazione di Sistemi
• Esperto di Applicazioni Web e Multimediali
• Progettista di Sistemi Informatici
• Progettista delle Telecomunicazioni
• Progettista per la sicurezza e la qualita'
• Gestore di Basi di Dati
• Gestore di Rete
• Gestore di un Centro di Assistenza
• Sistemista
• Tecnico di gestione e assistenza
• Tecnico di informazione ambientale

Le risorse economiche

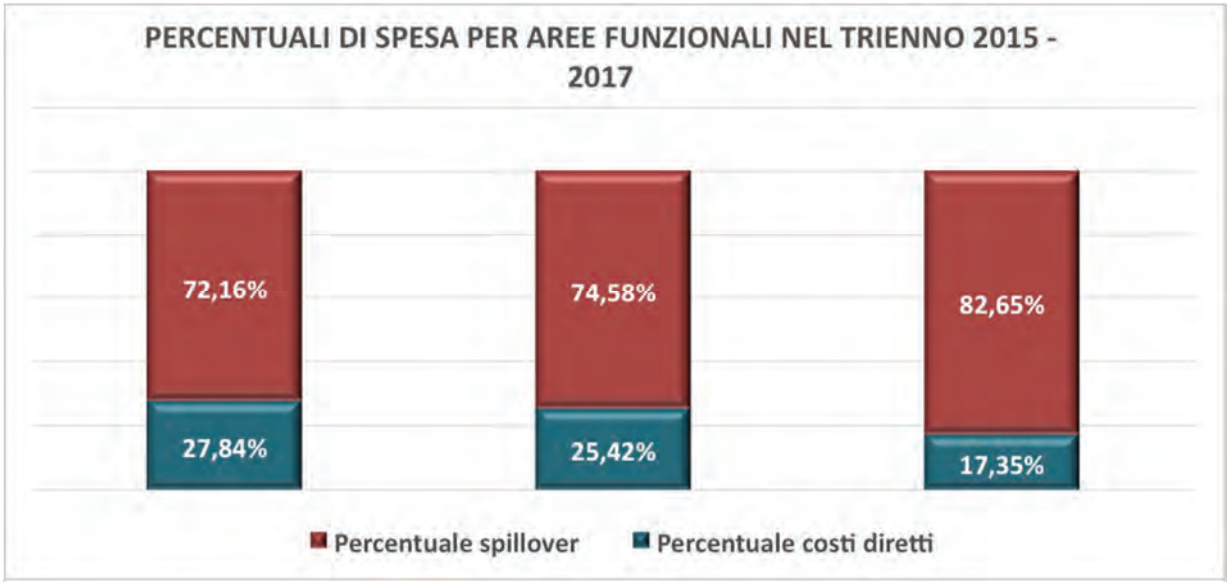
L'inviluppo economico totale previsionale, sulla base delle attività sviluppabili nel triennio 2015-2017, si attesta a un valore previsionale totale di € 166.860.966,21 e vede nel 2015, anno ponte tra l'attuale programmazione e la nuova, un incremento significativo dello spillover industriale, dovuto alle esternalizzazioni e all'acquisizione di risorse strumentali, che si attesta intorno al 74%, valore medio nel triennio.

PREVISIONE DI SPESA COMPLESSIVA PER ANNO [Tabella A]

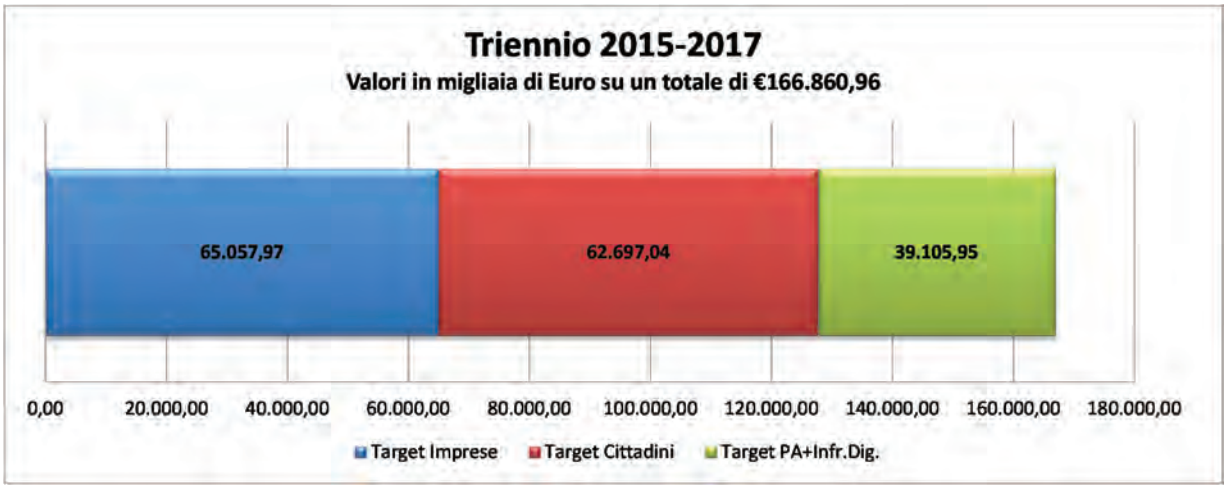
TIPOLOGIA DI SPESA	2015	2016	2017
Costi diretti	14.525.975,85	14.310.089,05	13.731.735,15
Spillover (Materiali, Attrezzature, Terzi)	48.432.629,79	35.696.740,97	40.163.795,40
TOTALE	62.958.605,64	50.006.830,02	53.895.530,55
INCIDENZA COSTI DIRETTI	23,07%	28,62%	25,48%
INCIDENZA SPILLOVER	76,93%	71,38%	74,52%

PREVISIONE DI SPESA PER AREE FUNZIONALI NEL TRIENNIO [Tabella B]

2015-2017	Sistemi Abilitanti	Servizi di dominio	Potenziamento infrastrutturale
Costi diretti	21.288.821,65	17.625.821,07	3.653.157,33
Spillover (Materiali, Attrezzature, Terzi)	55.184.962,85	51.703.648,68	17.404.554,63
TOTALE	76.473.784,50	69.329.469,75	21.057.711,96



In termini di impatto sui tre target identificati - **imprese, cittadini, amministrazione pubblica** – la previsione di spesa è stimata come riportata nella seguente figura:



Il Conto economico previsionale 2015-2017

La tabella successiva presenta la descrizione dell'andamento previsto di costi e ricavi per il periodo triennale 2015 - 2017. Le previsioni sono state stimate con criteri precauzionali, nel rispetto, oltre che dei principi di valutazione civilistici, anche dei regolamenti regionali in materia. In particolare, nella determinazione del valore della produzione si è operato sulla base di quanto previsto dalla Convenzione Quadro ex DGR 1404 del 2014.

Il Valore della produzione stimato per ogni singolo esercizio è conseguente allo sviluppo delle attività previste e ai costi da sostenersi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Le significative oscillazioni del valore della produzione nel triennio sono da attribuirsi esclusivamente alle variazioni nel ricorso a risorse e servizi esterni, in relazione all'andamento delle attività operative previste dal piano. Resta invece sostanzialmente costante il valore aggiunto previsto nel triennio, correlato alla produzione realizzata con mezzi propri della società. Rispetto al valore della produzione conseguente dal piano industriale, il valore riportato nel conto economico di ciascun esercizio include anche i rimborsi dei costi del personale in assegnazione temporanea.

La voce "Consumi di materiale e servizi esterni" si riferisce, oltre che alle spese generali, relative alle spese gestionali-amministrative e di mantenimento della struttura, il cui importo complessivo si attesta a circa euro 1,5 ml annui, anche e soprattutto alle previsioni di acquisizioni di materiali, attrezzature e servizi esterni (inclusi servizi di somministrazione di lavoro) che si renderanno necessari per lo svolgimento delle attività progettuali. Per la voce "Costo per il personale", l'incremento che si registra nel 2016 rispetto al 2015, è conseguente agli aumenti retributivi contrattuali. Non sono noti alla data i possibili incrementi legati al rinnovo del CCNL per il 2017. I costi del personale includono l'eventuale premio di produzione, stimato in linea con quello erogato nel 2014. Gli oneri diversi di gestione, la cui stima non evidenzia variazioni nel triennio, si riferiscono principalmente agli oneri per gli organi societari e alle imposte d'esercizio.

La voce "ammortamenti" comprende essenzialmente l'assorbimento del valore iscritto in bilancio del diritto di usufrutto sottoscritto con l'Università degli studi di Bari riferito alle aree occupate da InnovaPuglia presso la sede di Valenzano, nonché all'investimento previsto a partire dal 2015 per il sistema informativo aziendale. Gli accantonamenti previsti, per l'importo complessivo di 300 mila euro per il 2015, con tendenza alla loro diminuzione per il 2016 e 2017, sono relativi alla copertura di eventuali rischi potenziali di recupero di crediti più anziani, a potenzialità passive e a contenziosi verso fornitori e dipendenti.

La voce "Proventi e oneri finanziari" presenta una tendenza alla flessione degli oneri per interessi bancari rispetto al 2015 conseguente al minor ricorso, stimato per il 2016 e 2017, ai finanziamenti verso gli istituti di credito, tenuto conto di una più efficiente dinamica dei processi di incasso dei crediti.

La voce "Imposte sul reddito" si riferisce all'IRES e IRAP, determinate previsionalmente sulla scorta dell'attuale normativa in vigore e non presenta sensibili variazioni nel triennio.

Il risultato di esercizio riflette la condizione di equilibrio economico che si prevede di mantenere nel corso del triennio.

INNOVAPUGLIA S.P.A.

CONTO ECONOMICO RICLASSIFICATO 2015-2016-2017

	Saldo al 31/12/2015		Saldo al 31/12/2016		Saldo al 31/12/2017	
	(migliaia di €)		(migliaia di €)		(migliaia di €)	
A. VALORE DELLA PRODUZIONE		**68.709**		**52.352**		**56.331**
Consumi di materiale e servizi esterni	- 56.031		- 39.518		- 43.547	
B. VALORE AGGIUNTO		**12.679**		**12.834**		**12.784**
Costo del personale	- 11.058		- 11.266		- 11.306	
Oneri diversi	- 291		- 291		- 291	
C. MARGINE OPERATIVO LORDO		**1.330**		**1.277**		**1.187**
Ammortamenti	- 211		- 236		- 236	
Accantonamenti	- 300		- 260		- 200	
D. RISULTATO OPERATIVO		**819**		**782**		**751**
Saldo proventi ed oneri finanziari	- 239		- 201		- 186	
E. RISULTATO PRIMA DEI COMPONENTI STRAORDINARI DELLE IMPOSTE		**579**		**581**		**566**
Saldo proventi e oneri straordinari	-		-		-	
F. RISULTATO ANTE IMPOSTE		**579**		**581**		**566**
Imposte sul Reddito	-578		-579		-564	
G. UTILE (PERDITA DEL PERIODO)		**1**		**2**		**2**

7. LA ROADMAP 2015-2017 DEL PIANO INDUSTRIALE

Per continuare nella direzione tracciata dall'insieme delle azioni e attività delineate nel presente Piano, InnovaPuglia interpreta il ruolo affidato all'amministrazione pubblica, di garante di politiche pubbliche capaci di mettere in connessione fabbisogni del territorio e innovazioni di prodotti e servizi, avviando per il prossimo triennio un percorso di co-progettazione con l'ecosistema industriale, delle azioni più importanti, finanziate a sostegno di soluzioni in risposta alle emergenti sfide sociali e ambientali.

Con una modalità operativa tipica del modello living lab, saranno infatti organizzati tavoli stabili di confronto con il tessuto produttivo e con le organizzazioni che lo rappresentano. Periodicamente, saranno proposti da InnovaPuglia, incontri tecnici di aggiornamento sull'avanzamento della realizzazione del Piano e contestualmente attivati scambi di idee e conoscenze con l'obiettivo di recepire, direttamente dalle imprese e dai sistemi target dell' utenza finale, indicazioni sulla loro vocazione, sulla loro capacità produttiva e sui fabbisogni e sulle sfide sociali regionali effettivamente sostenibili, per rifletterle nelle specifiche che definiranno le nuove soluzioni tecnologiche previste nel ciclo di innovazione della PA e realizzate con l'affidamento al mercato produttivo regionale e nazionale.

Contestualmente, l'innalzamento costante della qualità della domanda, raggiunto anche attraverso l'implementazione del Piano triennale di InnovaPuglia, sarà da stimolo per le imprese del territorio per migliorare la loro offerta, la loro competitività e promuovere le soluzioni di maggiore successo nel sistema extraregionale.

Lo sviluppo di un ambiente aperto in tema di innovazione, favorevole al cambiamento, capace di interconnessione e dialogo, potenzierà il tessuto socio economico regionale, innalzerà il livello di innovazione del sistema Puglia e sarà misura efficace dello spillover generato.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2823

Bollenti Spiriti, programma della Regione Puglia per le Politiche Giovanili 2014-2015" - Azione 2 "UNA NUOVA AZIONE PER METTERE I GIOVANI AL SERVIZIO DEL BENE COMUNE". Iniziative di promozione del Servizio Civile Regionale.

L'Assessore alle Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale, Guglielmo Minervini, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politiche Giovanili e Legalità e confermata dalla Dirigente del Servizio Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale, riferisce quanto segue.

Premesso che:

Con Delibera n. 1993/2005 la Regione Puglia ha istituito il programma "Bollenti Spiriti" assumendo fra le sue priorità la promozione della partecipazione delle giovani generazioni in tutti gli ambiti della vita attiva, nella convinzione che i giovani pugliesi siano una risorsa per il presente e un investimento per il futuro.

Con successive deliberazioni, n. 175/2008, n. 778/2011, n. 2788/2012, n. 2328/2013, la Giunta Regionale ha approvato linee annuali di indirizzo in materia di politiche giovanili, allo scopo di definire un insieme di azioni progettuali e tecniche sulle Risorse ed Opportunità Giovanili;

La creatività, come capacità di produzione di nuove idee, ha oltre a un valore culturale e sociale, anche un valore economico nell'economia della conoscenza. Saperi, competenze e soprattutto idee sono le nuove primarie variabili produttive. La creatività può divenire uno dei principali fattori di competizione della Puglia. Per trasformare il giovane talento in economia, occorre creare in Puglia un contesto per far nascere creatività, farla crescere, farla rimanere.

Considerato che:

Con LR 38 del 30 dicembre 2011, art. 28, e nel rispetto della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, degli articoli 2, 3, 4, 11, 52,117 e 118 della Costituzione, della legge 6 marzo 2001, n. 64 e dello Statuto Regionale, è stato istituito il Servizio Civile Regionale, quale esperienza di cittadinanza attiva volta a formare i giovani ai valori e alla pratica di una cittadinanza consapevole, partecipe, responsabile, solidale e non violenta;

La Regione Puglia dal novembre 2005 ad oggi, attraverso il programma Bollenti Spiriti, ha assunto fra le sue priorità la promozione della presenza e del ruolo dei giovani nella società, nell'economia e nella vita sociale e culturale, valorizzandone le capacità professionali e creative nella convinzione che i giovani pugliesi siano una risorsa per il presente e un investimento per il futuro;

Valutato che:

L'esperienza del SCN è di impatto rilevante sul territorio, sia per la presenza di un numero elevato di Enti accreditati all'Albo Regionale, che per la loro vivacità progettuale, oltre che per il numero di domande presentate dai giovani.

Alla luce dei risultati raggiunti, la Regione Puglia intende potenziare, rafforzare ed innovare le attività di Servizio Civile in quanto politica di sostegno alla cittadinanza attiva, di promozione della giustizia sociale, di valorizzazione della dimensione di corresponsabilità tra tutti i soggetti che contribuiscono alla realizzazione del SC: volontari, enti e Istituzioni.

Per il raggiungimento di tale obiettivo si prevede di:

- Consolidare ed elevare il livello dell'esperienza del Servizio Civile sul territorio, attraverso il rafforzamento, la moltiplicazione e la flessibilità delle esperienze.
- Rendere il Servizio Civile un'esperienza dove il protagonismo e l'attivazione giovanile siano ancor più rafforzati, in cui il giovane è una risorsa e non solo il fruitore di una opportunità.
- Avviare nuove azioni per definire un SCR flessibile e adeguato ai diversi contesti territoriali e alle emergenze che di volta in volta si possono manifestare sul territorio.

per la regolamentazione del Servizio Civile Regionale, appare opportuno procedere preliminarmente alla realizzazione di iniziative sperimentali che portino all'individuazione delle forme di gestione più adeguate al nostro territorio e agli indirizzi di politica giovanile regionale, in un quadro di sistema unitario anche con il Servizio Civile Nazionale;

Atteso che:

- Con DGR 2328/2014 la Giunta Regionale ha approvato il nuovo piano Bollenti Spiriti 2014 2015 "Tutti i giovani sono una risorsa", con cui delinea la strategia del programma della Regione Puglia per i giovani alla luce del nuovo scenario sociale ed economico delineato dalla crisi con l'intento di estendere le opportunità di partecipazione ad una platea quanto più ampia possibile di giovani pugliesi.
- La linea di intervento 2 del predetto piano "**UNA NUOVA AZIONE PER METTERE I GIOVANI AL SERVIZIO DEL BENE COMUNE**", prevede la realizzazione di nuove iniziative che consentano ai giovani pugliesi inoccupati di svolgere attività di volontariato a favore del bene comune, partecipando a progetti ad alto valore sociale proposti da organizzazioni pubbliche e private del territorio.
- Il "Piano di Attuazione Regionale" della Regione Puglia per l'attuazione della Garanzia Giovani, approvato con DGR n. 1148/2014, ha previsto, tra le azioni da attivare la sperimentazione del Servizio Civile Regionale con l'iniziativa "Spirito Civico" misura 4.12 con una dotazione di € 5.000.000,00.

SI PROPONE:

Di approvare la realizzazione nell'anno 2015, di iniziative volte alla promozione del Servizio Civile Regionale;

Di realizzare tali iniziative attraverso l'individuazione di un fornitore di servizi da selezionare tramite procedura ad evidenza pubblica e in base ai seguenti macrocriteri:

1. Qualità del progetto (60/100 pt);
2. Qualità del gruppo di lavoro (20/100 pt);
3. Prezzo (20 / 100 pt)

Di demandare alla Dirigente del Servizio Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale ogni adempimento attuativo, previa adozione dell'atto dirigenziale dei relativi impegni di spesa;

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della L.R. 28/01 e successive modificazioni e integrazioni

La spesa complessiva derivante dal presente provvedimento di euro 56.000,00 (cinquantaseimila/00), trova copertura finanziaria nei fondi assegnati, E.F. 2014 con imputazione sul capitolo cap. 814045 U.P.B. 2.7.1.

All'impegno di spesa provvederà la dirigente del Servizio Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale, con successivo atto da assumersi entro il corrente esercizio, previa e specifica autorizzazione della Conferenza di direzione, così come previsto dalla DGR 1808/2014.

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4 lett. d) della l.r. n. 7/1997.

L'Assessore alle Politiche Giovanili, Cittadinanza Sociale, Sport per Tutti, Protezione Civile prof. Guglielmo Minervini, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione dell'Assessore alle Politiche Giovanili dott. Guglielmo Minervini;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal dirigente istruttore e dalla Dirigente del Servizio Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale;

A voti unanimi espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato nelle premesse;

- Di approvare la promozione, nell'anno 2015, della iniziativa del Servizio Civile Regionale "Spirito Civico", prevista dal "Piano di Attuazione Regionale" per l'attuazione della Garanzia Giovani, approvato con DGR n. 1148/2014;

- Di realizzare tali iniziative attraverso l'individuazione di un fornitore di servizi da selezionare tramite procedura ad evidenza pubblica e in base ai seguenti macrocriteri:
  - Qualità del progetto (60/100 pt);
  - Qualità del gruppo di lavoro (20/100 pt);
  - Prezzo (20 / 100 pt)

- di demandare alla Dirigente del Servizio Politiche Giovanili e Cittadinanza Sociale ogni adempimento attuativo, previa adozione dell'atto dirigenziale dei relativi impegni di spesa;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e la pubblicazione sul sito istituzionale.

Il Segretario della Giunta Dott.ssa Antonella Bisceglia — Il Presidente della Giunta Angela Barbanente

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2824

Contrasto agli illeciti a danno del patrimonio forestale regionale. Convenzione con il Corpo Forestale dello Stato. Anno 2014/2015. Approvazione.

L'Assessore alle Risorse Agroalimentari, dott. Fabrizio Nardoni, sulla base dell'istruttoria espletata dalla A.P. "Servizio di Coordinamento - Raccordo Funzionale ed Organizzativo" dott.ssa Daniela Volpe e confermata dal Dirigente dell'Ufficio Gestione demanio forestale e dal dirigente del Servizio Foreste, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

il Corpo forestale dello Stato, quale forza di polizia dello Stato ad ordinamento civile, costituisce per istituto una risorsa fondamentale a servizio della collettività per la difesa del patrimonio agro-silvo-pastorale italiano e per la tutela dell'ambiente, del paesaggio e degli ecosistemi naturali;

nell'espletamento di servizi di ordine e sicurezza pubblica, ai sensi della Legge n. 121/1981 svolge attività di controllo del territorio, con particolare riferimento alle aree naturali e montane e, altresì, di protezione civile come struttura operativa nazionale;

la Regione Puglia, titolare delle funzioni nelle materie trasferite ai sensi del D.P.R. n. 616/77 e successivi, tende ad attuare il migliore svolgimento delle attività istituzionali che hanno un contenuto tecnico, di vigilanza e controllo, di prevenzione e previsione dei fenomeni calamitosi, di promozione e divulgazione dei temi ambientali, nonché di formazione e aggiornamento del personale dipendente.

CONSIDERATO che:

la Legge n. 36/2004, all'art. 4, comma 1, prevede che il Ministro delle Politiche agricole alimentari e forestali ha la facoltà di stipulare con le Regioni specifiche convenzioni per

l'affidamento, tramite il Corpo forestale dello Stato, di compiti e funzioni propri delle Regioni stesse, sulla base di un Accordo Quadro approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

in data 15 dicembre 2005, la richiamata Conferenza permanente ha approvato l'Accordo Quadro Nazionale (A.Q.N.) regolante i rapporti tra il Corpo forestale dello Stato e le Regioni, al quale le convenzioni si debbono attenere;

ai sensi del citato A.Q.N., le funzioni e i compiti affidati dalla Regione al Corpo forestale dello Stato sono espletati, nell'ambito dell'autonomia gestionale di ciascun ente contraente, secondo gli indirizzi, i termini e le modalità individuate dalla Giunta regionale dagli Assessorati competenti per materia;

ciascuna convenzione deve prevedere l'elenco dei compiti da affidare al Corpo forestale dello Stato da individuarsi tra quelli indicati nell'art. 3 del su citato A.Q.N.., gli obiettivi di massima da raggiungere e gli oneri finanziari a carico della Regione da corrispondere per l'espletamento delle funzioni affidate;

la Legge n. 36/2004, all'art. 2, comma 1, lett. b) prevede che il Corpo Forestale dello Stato svolge attività di vigilanza, prevenzione e repressione delle violazioni compiute in danno dell'ambiente e di tutela del patrimonio faunistico e naturalistico;

il Corpo forestale dello Stato da sempre vigila sulle disposizioni e sul rispetto degli atti rilasciati dagli Organi regionali e delegati in merito alle utilizzazioni boschive;

il Comando Regionale del C.F.S. di Bari ha già stipulato con la Regione Puglia precedenti e analoghe convenzioni che hanno consentito al Corpo Forestale dello Stato di predisporre un apposito "Piano di contrasto ai tagli abusivi e furti di legname nei boschi del Gargano", attivando specifiche operazioni di polizia forestale e alla regione Puglia un maggiore controllo del patrimonio boschivo.

RICONOSCIUTA la opportunità / necessità di continuare ad avvalersi della collaborazione del Corpo forestale dello Stato, quale struttura idonea per perseguire le specificità richiamate in premessa;

VISTI:

il D.P.R. 15 gennaio 1972, n. 11 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di agricoltura e foreste, caccia e pesca nelle acque interne e dei relativi personali e uffici";

il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, "Attuazione della delega di cui all'art. 11 delle legge 22 luglio 1975 n. 382";

la L. 24 febbraio 1992, n. 225, "Istituzione del Servizio Nazionale di Protezione Civile";

il D.Lgs. 4 giugno 1997, n. 143, "Conferimento alle regioni delle funzioni amministrative in materia di agricoltura e pesca e riorganizzazione dell'Amministrazione centrale";

il D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, "Conferimento di funzioni, compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali in attuazione del Capo I della legge 15-03-1997 n. 59";

il D.Lgs. 3 luglio 1999, n. 300, "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59";

la L. 21 novembre 2000, n. 353, "Legge quadro in materia di incendi boschivi";

il D.Lgs. 8 maggio 2001, n. 227, "Orientamento e modernizzazione del settore forestale-drA E norma dell'art. 7 della legge 5 marzo 2001 n. 57";

la L. 6 febbraio 2004, n. 36, "Nuovo ordinamento del Corpo forestale dello Stato";

la L.R. della Puglia n. 18/2000 e la L.R. della Puglia n. 14/2001 che dettano disposizioni in materia forestale;

il Regolamento della Regione Puglia n. 10/2009, emanato in attuazione della precitata legge regionale, che disciplina le modalità delle utilizzazioni forestali nei boschi della Puglia.

Per quanto sopra si propone di approvare lo schema di convenzione, composto da n. 10 (dieci) facciate, parte integrante del presente atto, con il quale vengono disciplinati termini e modi dell'espletamento della collaborazione tra la regione Puglia - Servizio Foreste e il Ministero per le Politiche Agricole e Forestali - C.F.S.

Copertura finanziaria ai sensi della L.R. n. 28/01 e s.m.i.

Alla spesa riveniente dall'attuazione della presente deliberazione si fa fronte con l'importo di €. 20.000,00 - spesa autorizzata con nota del Direttore Area Politiche dello Sviluppo Rurale n. 3549 del 12 dicembre 2014 - da impegnare con determinazione del Dirigente del Servizio Foreste sul pertinente capitolo 121012 del bilancio regionale es. 2014 - Codice SIOPE 1364

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate e motivate, confermate dal Dirigente dell'Ufficio Gestione demanio forestale e dal Dirigente del Servizio Foreste, vertendosi in materia rientrante nella competenza dell'Organo Politico, ai sensi dell'art. 4 co. 4 lett. f) e lett. k) della L.R. 7/97, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

a udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Risorse Agroalimentari, Fabrizio Nardoni;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Gestione demanio forestale, confermata dal Dirigente del Servizio Foreste;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di approvare, per le motivazioni in premessa indicate e qui intese riportate, lo schema di convenzione tra la regione Puglia - Servizio Foreste e il Ministero per le Politiche Agricole e Forestali - C.F.S. coordinamento regione Puglia, composto da n. 10 (dieci) facciate e parte integrante del presente atto, con il quale vengono disciplinati termini e modi dell'espletamento del servizio;

- di incaricare il dirigente del Servizio Foreste per la sottoscrizione della convenzione, dando sin d'ora atto che potranno essere apportate lievi e non

significative modifiche che non mutino o contrastino con il presente atto;

- di autorizzare il dirigente Servizio Foreste ad adottare la determinazione di impegno della somma di €. 20.000,00 sul capito 121012 del bilancio regionale esercizio finanziario 2014;
- di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.P. e sul sito internet della Regione Puglia accessibile dal sito www.regione.puglia.it.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

CONVENZIONE TRA LA REGIONE PUGLIA E IL MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI, PER L'IMPIEGO DEL CORPO FORESTALE DELLO STATO NELL'AMBITO DELLE MATERIE DI COMPETENZA REGIONALE

Il giorno_____in_____, presso _____ _____ si costituiscono:

- la Regione Puglia (C.F. 80017210727), rappresentata dal Dirigente del Servizio Foreste della Regione Puglia, _____, nato a _____ il _____, autorizzato alla sottoscrizione dalla Giunta Regionale giusta deliberazione n. _____ del_____

e

il Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali, (C.F. 80014940722), rappresentato dal Comandante Regionale del C.F.S., , nato a _____ il _____, autorizzato alla sottoscrizione dal Capo del Corpo forestale dello Stato con nota n._____ del_____, giusta delega del Ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali di cui alla nota n._____del_____.

VISTI

- il D.P.R. 15 gennaio 1972, n. 11 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di agricoltura e foreste, caccia e pesca nelle acque interne e dei relativi personali e uffici";
- il D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, "Attuazione della delega di cui all'art. 11 delle legge 22 luglio 1975 n. 382";
- la L. 24 febbraio 1992, n. 225, "Istituzione del Servizio Nazionale di Protezione Civile";
- il D. Lgs. 4 giugno 1997, n. 143, "Conferimento alle regioni delle funzioni amministrative in materia di agricoltura e pesca e riorganizzazione dell'Amministrazione centrale";
- il D. Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, "Conferimento di funzioni, compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti Locali in attuazione del Capo I della L. 15-03-1997 n. 59";
- il D. Lgs. 3 luglio 1999, n. 300, "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59";
- la L. 21 novembre 2000, n. 353, "Legge quadro in materia di incendi boschivi";
- il D.Lgs. 8 maggio 2001, n. 227, "Orientamento e modernizzazione del settore forestale a norma dell'art. 7 della legge 5 marzo 2001 n. 57";
- la L. 6 febbraio 2004, n. 36, "Nuovo ordinamento del Corpo forestale dello Stato";

- la L.R. della Puglia n. 18/2000 e la L.R. della Puglia n.14/2001 che dettano disposizioni in materia forestale;
- il Regolamento della Regione Puglia n. 10/2009, emanato in attuazione della precitata legge regionale, che disciplina le modalità delle utilizzazioni forestali nei boschi della Puglia;
- la Deliberazione n. _____ in data _____ con la quale la Giunta della Regione Puglia ha approvato in schema la presente convenzione;

PREMESSO CHE:

a) il Corpo forestale dello Stato, quale forza di polizia dello Stato ad ordinamento civile, costituisce per istituto una risorsa fondamentale a servizio della collettività per la difesa del patrimonio agro-silvo–pastorale italiano e per la tutela dell'ambiente, del paesaggio e degli ecosistemi naturali; nell'espletamento di servizi di ordine e sicurezza pubblica ai sensi della L. n.121/1981 concorre al controllo del territorio, con particolare riferimento alle aree rurali e montane e, altresì, come struttura operativa nazionale alle attività di protezione civile;

b) la Legge n. 36/2004, all'art. 4, comma 1, prevede che il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali abbia facoltà di stipulare con le Regioni specifiche convenzioni per l'affidamento al Corpo forestale dello Stato di compiti e funzioni propri delle Regioni stesse, sulla base di un accordo quadro approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

c) in data 15 dicembre 2005, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha approvato l'Accordo Quadro Nazionale regolante i rapporti tra il Corpo forestale dello Stato e le Regioni, al quale le convenzioni stesse si debbono attenere;

d) la Regione Puglia, titolare delle funzioni nelle materie trasferite ai sensi del D.P.R. n. 616/77 e successivi, per il migliore svolgimento delle attività istituzionali che hanno un contenuto tecnico, di vigilanza e controllo, di prevenzione e previsione dei fenomeni calamitosi, di promozione e divulgazione dei temi ambientali, nonché di formazione e aggiornamento del personale dipendente, intende avvalersi della collaborazione del Corpo forestale dello Stato;

e) ai sensi del citato A.Q.N., le funzioni e i compiti affidati dalla Regione al Corpo forestale dello Stato sono espletati nell'ambito dell'autonomia gestionale di ciascun ente contraente, secondo gli indirizzi, i termini e le modalità individuate dalla Giunta regionale o dagli Assessorati competenti per materia;

f) ciascuna convenzione deve prevedere l'elenco dei compiti da affidare al Corpo forestale dello Stato da individuarsi tra quelli indicati nell'art. 3 del su citato A.Q.N., gli obiettivi di massima da raggiungere e gli oneri finanziari o altri oneri a carico della Regione da corrispondere al Corpo forestale dello Stato per l'espletamento delle funzioni affidate;

g) ai sensi del citato A.Q.N, ciascuna convenzione deve prevedere l'istituzione di una commissione paritetica al fine della risoluzione di eventuali controversie nell'attuazione del rapporto convenzionale;

h) in merito alla presente convenzione il Comando regionale ha provveduto alla preventiva informazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative del personale del Corpo forestale dello Stato, così come risulta agli atti dello stesso;

i) la L. n. 36/2004, all'art. 2, comma 1, lett. b) prevede che il Corpo Forestale dello Stato svolge attività di vigilanza, prevenzione e repressione delle violazioni compiute in danno dell'ambiente, ed in particolare di tutela del patrimonio faunistico e naturalistico;

j) il Corpo forestale dello Stato tra i sui compiti ha la vigilanza sulle disposizioni e sul rispetto degli atti rilasciati dagli Organi regionali e delegati in merito alle utilizzazioni boschive;

k) il Comando Regionale del C.F.S. di Bari ha già stipulato con la Regione Puglia, in data 22 gennaio 2014, la convenzione che ha consentito al Corpo Forestale dello Stato di predisporre un apposito "Piano di contrasto ai tagli abusivi e furti di legname nei boschi del Gargano" e attivare una specifica operazione di polizia forestale;

l) che continuano a determinarsi sul territorio pugliese illeciti forestali per sottrazione (furto) di piante arboree dal patrimonio boschivo e attività al pascolo abusivo senza l' autorizzazione rilasciata dai competenti uffici , sia sul demanio regionale sia su aree private;

CONVENGONO E SOTTOSCRIVONO QUANTO SEGUE:

Art. 1

(Finalità)

1. La presente convenzione disciplina i rapporti tra la Regione Puglia (di seguito denominata "Regione") ed il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali, per l'impiego del Corpo forestale dello Stato (di seguito per delega denominato "C.F.S"), in applicazione dell'art. 4, comma 1 della legge 6 febbraio 2004, n. 36 e nei termini stabiliti dall'Accordo Quadro Nazionale regolante i rapporti tra le Regioni e il C.F.S.
2. Con la presente convenzione vengono individuate le modalità, i criteri generali ed i principi direttivi della collaborazione che il Corpo forestale dello Stato pone in essere

con la Regione, nel rispetto dell'unitarietà e dell'organizzazione gerarchica del C.F.S, della sua natura giuridica ed ordinamentale di forza di polizia dello Stato, nonché nella salvaguardia dei compiti, delle funzioni e delle dipendenze funzionali assegnate al Corpo medesimo dalla Legge 6 febbraio 2004, n. 36 e da ogni altra legge o regolamento dello Stato, pur nel rispetto della reciproca autonomia degli Organismi sottoscrittori della presente Convenzione

Art. 2

(Articolazione ed operatività del C.F.S. nella Regione)

1. Il C.F.S. opera sul territorio regionale con propria struttura autonoma di cui la Regione riconosce e rispetta l'autonomia gerarchica e funzionale; in particolare, per le materie previste dalla presente convenzione, la struttura organizzativa è così articolata:
   - comando Regionale, nel capoluogo di regione, al quale è preposto il Comandante regionale nominato secondo le norme previste dall'ordinamento del C.F.S.;
   - comandi Provinciali, nei capoluoghi di provincia, ai quali sono preposti Comandanti provinciali, nominati secondo le norme previste dall'ordinamento del C.F.S. e alle cui dirette dipendenze sono posti i rispettivi Comandi di Stazione forestale;
   - Coordinamenti Territoriali per l'Ambiente, nell'ambito dei Parchi nazionali e Uffici Territoriali per la Biodiversità, nell'ambito delle Riserve naturali dello Stato, ai quali sono preposti funzionari direttivi nominati secondo le norme previste dall'ordinamento del C.F.S. e alle cui dirette dipendenze sono posti i rispettivi Comandi di Stazione forestale e Posti Fissi.
2. La programmazione delle attività oggetto della presente convenzione è posta in capo al Comando provinciale C.F.S. di Foggia e al Coordinamento Territoriale per l'Ambiente di Monte Sant'Angelo e coordinata dal Comando Regionale per la Puglia, con tempi e modalità ritenuti più opportuni in relazione al fenomeno da contrastare, sentita la Regione nella persona del dirigente pro – tempore del Servizio Foreste.
3. Il Comando Regionale C.F.S. per la Puglia valuterà l'opportunità di dislocare personale e pattuglie di là delle rispettive circoscrizioni, autorizzandone la missione per i tempi ritenuti necessari.
4. La Regione, sulla base delle richieste circostanziate pervenute dal Comando regionale C.F.S., assicurerà allo stesso, nell'ambito dell'importo assegnato, la corresponsione al personale delle indennità per il lavoro straordinario eventualmente effettuato e per missioni di trasferta, con rimborso delle spese sostenute.

5. Il Capo del Corpo forestale dello Stato, con propri atti, si riserva la possibilità di individuare le strutture e il personale da impiegare per lo svolgimento dei compiti oggetto della convenzione.

Art. 3
(Articolazione dei rapporti istituzionali)

1. I rapporti istituzionali di cui alla presente convenzione, intercorrono tra il Ministro delle Politiche agricole, alimentari e forestali, o il Capo del Corpo forestale dello Stato in quanto suo delegato, ed il Presidente della Giunta Regionale o l'Assessore competente, ratione materiae.
2. Sul piano operativo i rapporti intercorrono, a livello regionale, tra il Comandante regionale del C.F.S. e il Dirigente del Servizio Foreste, mentre a livello provinciale, tra i responsabili delle strutture regionali decentrate - Sezioni provinciali del Servizio Foreste- e i Comandanti provinciali del Corpo forestale dello Stato, sentiti, rispettivamente, il superiore Comandante regionale e il dirigente pro – tempore del Servizio Foreste regionale.
3. L'impiego del C.F.S. nelle attività e nei compiti previsti nella presente convenzione è considerato a tutti gli effetti servizio d'istituto.
4. L'attuazione delle funzioni e dei compiti affidati dalla Regione al C.F.S. con la presente convenzione e con gli eventuali successivi accordi integrativi avviene sulla base di linee guida e di eventuali procedure operative per specifici ambiti di dettaglio, concordate a livello superiore regionale, sia dello Stato sia della Regione, nel rispetto di quanto previsto dal precedente comma 1

Art. 4
(Commissione paritetica)

1. E' istituita con successiva determinazione del dirigente del Servizio Foreste una commissione paritetica formata da quattro persone, di cui due scelte tra i dirigenti e i funzionari del Corpo forestale dello Stato in servizio nella regione convenzionata, previa designazione del Comandante Regionale, e due scelte tra i dirigenti e/o funzionari della Regione all'uopo designati.
2. La Commissione ha funzioni di verifica annuale dell'adempimento dei compiti affidati al C.F.S., di eventuale proposizione di nuove attività che si rendessero necessarie nel periodo di validità della presente Convenzione, nonché di composizione bonaria delle

divergenze operative ed amministrative eventualmente insorte. Ad essa spetta, inoltre, definire tempi e modalità di attuazione delle attività previste dall'art. 6.

3. La Commissione si riunisce almeno una volta all'anno; può essere, altresì, convocata su richiesta di una delle parti.
4. Essa può avanzare proposte di modifica e/o di integrazione alla convenzione e ai protocolli operativi stipulati con le singole Direzioni regionali anche alla luce dei risultati della verifica annuale di cui al comma 2.

Art. 5
(Obiettivi di massima)

1. La presente convenzione promuove il rafforzamento della consolidata collaborazione tra C.F.S. e Regione, innovandone i contenuti in conformità all'Accordo Nazionale Quadro e alle aspettative della collettività e dell'opinione pubblica. Tramite la sinergia che sottende la convenzione, dovrà essere armonizzata e valorizzata la cultura, la conoscenza e l'esperienza professionale specializzata del C.F.S. in campo forestale, ambientale e territoriale, in ausilio alle responsabilità e alle competenze istituzionali della Regione nei settori suddetti.

   L'intento è quello di dare maggiore attenzione alle aspettative della comunità regionale in tema di sicurezza ambientale, di aumentare la fiducia della stessa comunità nelle Istituzioni, di contribuire al libero e normale svolgimento delle attività sociali ed economiche nei settori presi in considerazione.

   Un valido espletamento dell'attività di controllo del territorio, associato a un più solido rapporto di fiducia col cittadino e le comunità locali, può consentire di contenere alterazioni e manomissioni ambientali, di prevenire e reprimere abusi e illeciti.
2. Gli obiettivi di massima da raggiungere sono di seguito indicati:
   a) assicurare un'adeguata tutela del patrimonio boschivo regionale, oltre che provinciale e comunale, dai furti e dalle utilizzazioni abusive di massa legnosa e di pascolo abusivo che provoca notevoli danni al soprassuolo forestale arbustivo ed alla rinnovazione nei boschi sottoposti a taglio o danneggiati dal fuoco, con definizione delle modalità di collaborazione fra il Corpo forestale dello Stato e i competenti Servizi regionali per le opportune attività di contrasto, quale finalità comune alle due amministrazioni;
   b) svolgere attività di vigilanza e controllo del patrimonio agro-silvo-pastorale, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle normative regionali, nazionali e comunitarie;

c) assicurare un'adeguata tutela delle aree protette regionali, al fine di preservarne i valori naturalistici, ambientali e di biodiversità esistenti, attraverso azioni di sorveglianza e controllo;
d) svolgere attività di monitoraggio del patrimonio forestale regionale, al fine di migliorarne la conoscenza e favorirne la corretta gestione, nonché assicurare le attività necessarie per l'attuazione delle misure finanziarie comunitarie, nazionali e regionali;
e) contribuire alla tutela del regime idro-geologico attraverso azioni di sorveglianza e controllo volte a prevenire e reprimere le azioni a danno del suolo e delle acque;
f) assicurare uno specifico controllo del territorio, con particolare riferimento alle aree naturali e montane, anche al fine di tutelare le risorse genetiche autoctone regionali e con l'obiettivo di salvaguardare sia la biodiversità sia la sicurezza agro-alimentare dei cittadini;

Art. 6
(Ambiti di impiego del C.F.S. e compiti)

1. Il C.F.S., oltre agli ambiti di carattere generale inerenti le competenze regionali così come definite dalle normative comunitarie e nazionali, nel loro complesso e nella loro evoluzione, collabora con la Regione negli ambiti di lavoro di seguito riportati:
   A. attività di vigilanza e controllo del patrimonio agro-silvo-pastorale:
      - prevenzione e sorveglianza programmata delle foreste demaniali regionali e dei boschi di altri Enti locali nel Gargano finalizzata alla repressione degli illeciti contro il suddetto patrimonio, così come già previsto dall'art. 2, comma 1 lett. b) f) g) i) e m) della stessa legge, in relazione a boschi e riserve di rilevanza nazionale;
      - contrasto al fenomeno del pascolo abusivo nelle foreste demaniali regionali e nei boschi di altri Enti Locali nel Gargano, per contenere i danni al soprassuolo forestale arbustivo e alla rinnovazione nei boschi sottoposti a taglio o danneggiati dal fuoco;
   B. attività di monitoraggio e di rilevazione statistica del patrimonio agro-silvo-pastorale e del suo uso:
      - monitoraggio e rilevazione statistica delle violazioni forestali, sia ove esse siano attribuibili ad autori noti, sia quando gli illeciti accertati non possano essere ricondotti all'azione di persone note;
   C. attività di vigilanza e controllo delle aree naturali protette di rilevanza regionale, della rete Natura 2000, della rete ecologica della regione Puglia e di collaborazione al controllo della qualità ambientale;

D. attività di controllo in materia di regolamenti comunitari riguardanti il settore forestale, ambientale ed agro-alimentare.

Art.7
(Sistema informativo della montagna)

1. Ai fini del monitoraggio, individuazione, archiviazione e conservazione delle informazioni sull'uso delle aree forestali e montane, e in supporto all'attività della Regione, l'Ispettorato Generale del C.F.S., a seguito della sottoscrizione della presente Convenzione, rende disponibile l'accesso ai servizi del Sistema Informativo della Montagna riguardante la Regione Puglia, presso il Dipartimento Ambiente e Protezione Civile. Criteri, modalità ed altre forme di collaborazione per detta attivazione e per l'aggiornamento dei dati, sono stabilite tramite accordi diretti con l'Ufficio competente.

Articolo 8
(Disponibilità di informazioni)

1. La Regione Puglia si impegna a fornire al Corpo forestale dello Stato ogni informazione utile riguardo le utilizzazioni dei boschi oggetto di controllo e l'esercizio del pascolo nei boschi, mettendo a disposizione la relativa documentazione.
2. Il Corpo forestale dello Stato, di converso, mette a disposizione i propri sistemi informativi territoriali per le finalità statistiche della Regione.
3. Nel corso dell'attività, inoltre, il C.F.S. potrà relazionare alla Regione anche in merito ad incipienti fenomeni di dissesto idrogeologico da imputarsi al taglio abusivo di piante e al pascolamento illecito nei terreni coperti da cespugli (aventi funzioni protettive del suolo) e nelle formazioni boschive.

Articolo 9
(Localizzazione degli abusi)

1. Il C.F.S. si impegna a fornire alla Regione ed ai Comuni interessati, i dati relativi ai rilievi delle aree boscate illecitamente sottoposte a tagli e/o danneggiate dal pascolo abusivo.
2. Il C.F.S. si impegna a fornire alla Regione la cartografia sinottica regionale con la localizzazione degli abusi, per meglio monitorare il fenomeno e indirizzare per il futuro l'azione repressiva.

Articolo 10

(Raccolta dati e relazione sull'attività svolta)

1. Il C.F.S., alla fine dell' attività stabilita dalla presente convenzione, e comunque entro il 31 ottobre 2015, presenta alla Regione: una relazione sull'attività svolta, in cui il dettaglio dei controlli effettuati sarà documentato da circostanziata relazione tecnico-operativa, corredata di fascicoli fotografici e cartografici;

a. quadri riepilogativi dei risultati conseguiti e degli oneri sostenuti e quant'altro oggetto dei precedenti articoli 7, 8 e 9.

2. Il C.F.S. provvederà altresì a fornire i dati per la rilevazione statistica di cui al precedente articolo 5, secondo le procedure del fascicolo territoriale nell'ambito delle funzionalità dei servizi territoriali presenti nel Sistema Informativo della Montagna (SIM) e/o altre banche dati in uso alla Regione.

3. Per le finalità del presente disciplinare la Regione e il C.F.S. si impegnano a valutare e a sperimentare le possibili modalità di condivisione delle banche dati e di cooperazione applicativa fra i rispettivi sistemi informativi.

Art. 11

(Oneri convenzionali riconosciuti mediante corrispettivo)

1. Per tutte le attività riportate nella presente convenzione, la Regione eroga al C.F.S. la somma di € 20.000,00 (ventimila/00 euro) quale concorso per tutte le spese necessarie per il funzionamento degli uffici del C.F.S. nonché delle loro articolazioni territoriali.

2. L'importo di complessivi € 20.000,00, da corrispondere al C.F.S. ai sensi del precedente comma 1, grava sul bilancio finanziario della Regione Puglia, sul pertinente capitolo 121012 del bilancio esercizio 2014 o corrispondente, negli esercizi successivi per effetto di modifica in corso.

3. L'importo complessivo, non superiore a € 20.000,00 (ventimila/00 euro), sarà corrisposto al C.F.S., in conto entrate dello Stato, capo 17°, capitolo 3590, per la successiva rassegnazione sui pertinenti capitoli di bilancio del C.F.S. e sarà erogata in un'unica soluzione successivamente alla rendicontazione e agli atti contemplati dal comma 1 dell'art. 10.

Art.12

(Durata, modifiche ed integrazioni)

1. La presente convenzione ha una durata di un anno ed entra in vigore dal giorno successivo alla data di stipula. Le parti si riservano comunque la possibilità di concordare modifiche o integrazioni al testo (revisione), in relazione ai processi di riorganizzazione del C.F.S. e della Regione, a rilevanti innovazioni legislative o a fatti specifici, anche di ordine amministrativo e formale.

Art. 13

(Controversie)

1. Eventuali controversie dovranno essere risolte dalla Commissione paritetica di cui al precedente art. 4 entro il termine di 30 giorni decorrenti dalla data di ricezione della lettera trasmessa da una delle parti con la quale si solleva la questione controversa.
2. Nel caso in cui si determinassero divergenze riguardanti i rapporti tra il Corpo Forestale dello Stato e la Regione, non risolvibili dalla Commissione Paritetica, la controversia sarà sottoposta al competente Foro di Bari.

Letto, confermato e sottoscritto.

_____, lì_____

Per la Regione

Per il Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2826

Art. 12 L.R. 30/12/2013, n. 49. Variazione al Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2014 per progetti di ricerca ex art. 12, c. 2, lett. b) del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Quote a destinazione vincolata.

L'Assessore al Welfare, Dr. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Istruttore e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, riferisce quanto segue.

Premesso che:

- che l'art.12 e art. 12 bis del D.Lgs. 502/92, come modificato e integrato dal D.Lgs. 229/99, concernente il finanziamento a carico del Ministero della Salute dei progetti di ricerca presentati dai Destinatari istituzionali, individuati dalla normativa stessa, prevede, ai fini dello svolgimento dei programmi di ricerca finalizzata per il biennio 2011-2012, approvati dalla Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria nella seduta del 23 gennaio 2014, che vengano disciplinati i conseguenti rapporti di collaborazione e finanziari;
- che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, su proposta della competente Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria e sentita la Conferenza Stato Regioni, nell'ambito del "Programma per la Ricerca Sanitaria" ha emanato in data 7 Novembre 2012 il Bando della Ricerca Finalizzata 2011-2012;
- che con Decreto Direttoriale del 28 dicembre 2012, registrato dall'U.C.B. del Ministero della Salute con decreti n. 9335 e 9336 del 21 Gennaio 2013, è stata autorizzata la spesa della somma complessiva di € 132.931.095,00 sul Cap. 3398, p.g.1 "Spese per la ricerca finalizzata in attuazione degli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari del Piano Sanitario Nazionale" per la ricerca finalizzata 2011-2012;
- che con D.D. del 5/3/2014, registrato dall'Ufficio Centrale del Bilancio con visto n. 508 del 12 marzo 2014, sono state approvate le graduatorie relative alle specifiche aree di finanziamento con contestuale ripartizione dei fondi assegnati ai progetti di ricerca finalizzata per il biennio 2011-2012, per complessivi € 125.833.595,00, così come approvati dalla Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria nella seduta del 13 Gennaio 2014;
- Con nota trasmessa via Workflow della ricerca in data 15/5/2014, Id invio n. 2014002616, successivamente modificata dalla nota del 22/5/2014, Id invio n. 2014002852, il Ministero della Salute ha comunicato che la Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria ha approvato la graduatoria relativa ai Progetti Ordinari, Giovani ricercatori, Esteri, Cofinanziati del bando di ricerca 2011-2012, unitamente ai relativi finanziamenti. Dalla predetta graduatoria risultano utilmente collocati i seguenti progetti presentati dalla Regione Puglia:

Codice WF progetto	Tipologia progetto	Tipologia ricerca	Titolo	Finanziamento
GR – 2011 - 02350438	Giovani ricercatori	Biomedical	Development of the first biomarker for diagnosis of IgA Nephropathy	€ 387.087,76
GR – 2011 – 02351027	Giovani Ricercatori	Biomedical	Extracorporeal treatments for modulation of innate immunity and prevention of sepsis-induced acute kidney injury	€ 342.087,76
PE – 2011 – 02347951	Estero	Clinical	Interaction between environmentally sensitive DNA methylation and dopamine D2 related genetic variation on schizophrenia phenotypes	€ 387.109,16
RF-2011-02352088	Ricerca finalizzata	Biomedical	Meeting senior members in the search for new associates of the exclusive hamartomatous gene club	€ 405.109,16

Con apposite convenzioni il Ministero della Salute - Direzione Generale della Ricerca Sanitaria e biomedica e della Vigilanza sugli Enti - ha affidato ai destinatari istituzionali capofila, tra cui la Regione Puglia, la gestione ed il Coordinamento dei suddetti progetti di ricerca per l'anno 2011, disciplinando, tra l'altro, le modalità di erogazione dei contributi assegnati.

Come stabilito dall'art. 4 delle Convenzioni n. 21-PE-2011-02347951, n. 32/GR - 2011 - 02350438, n. 89/GR - 2011 - 02351027 e n. 63/RF-2011-02352088, sottoscritte digitalmente dalla Regione Puglia, dal Ministero della Salute e dal Responsabile Scientifico di ogni progetto, la prima rata anticipata sarà pari al 40,86% dell'importo complessivo del finanziamento ministeriale sarà avviata dopo la comunicazione da parte del Destinatario Istituzionale Regione Puglia della data di inizio attività della ricerca con contestuale richiesta del pagamento;

La seconda rata pari al 39,14% sarà erogata allo scadere dei 18 mesi di attività progettuale previa approvazione della relazione di cui all' art. 5 della convenzione;

La terza rata pari al 20% sarà erogata a conclusione del progetto previa approvazione della relazione di cui all'art. 5 della convenzione;

Si propone, pertanto, attesa l'imminenza dell'accredito di dette somme da parte del Ministero, di adeguare lo stanziamento del capitolo di entrata n. 2035760/14 e del corrispondente capitolo in uscita n.751080/14, in virtù di quanto disposto dalle Convenzioni in atto con il Ministero della Salute e, conseguentemente, ai sensi dell'art. 12, L.R. 30/12/2013, n. 46, apportare le necessarie variazioni in termini di competenza e cassa al Bilancio di Previsione 2014 ai capitoli di Entrata ed Uscita sopra menzionati per la somma complessiva assegnata pari a Euro 1.521.393,84.

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

Per quanto sopra riportato, ai sensi dell' Art.12, c.1, L.R. 30/12/2013, n. 46 si introduce la seguente variazione nello stato di previsione del Bilancio dell'esercizio finanziario 2014 della Regione Puglia, sia in termini di competenza che di cassa:

u.p.b. 4.3.17: Cap. ENTRATA n. 2035760/14
+ Euro 1.521.393,84
Finanziamento programmi speciali ex art. 12 c.2 Lett.b - D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

u.p.b. 5.5.4: Cap. USCITA n. 751080/14
+ Euro 1.521.393,84
Finanziamento programmi speciali ex art. 12 c.2 Lett.b - D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Di dare atto che gli impegni di spesa e pagamenti inerenti detta quota a destinazione vincolata saranno effettuate a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento.

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

Il Dirigente Responsabile di Servizio
Dr. Vincenzo Pomo

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

LA GIUNTA

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

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'Istruttore e dal Dirigente di Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di introdurre la seguente variazione nello stato di previsione del Bilancio per l'esercizio finanziario 2014 della Regione Puglia, sia in termini di competenza che di cassa, ai sensi dell'art. 12, c. 1,

della L.R. 30/12/2013, n. 46 in virtù di quanto disposto dai sopra citati decreti direttoriali ministeriali e dalle Convenzioni in atto con il Ministero della Salute:

u.p.b. 4.3.17: Cap. ENTRATA n. 2035760/14
+ Euro 1.521.393,84
Finanziamento programmi speciali ex art. 12 c.2 Lett. b - D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

u.p.b. 5.5.4: Cap. USCITA n. 751080/14
+ Euro 1.521.393,84
Finanziamento programmi speciali ex art. 12 c.2 Lett. b - D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

- di autorizzare il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento ad adottare i provvedimenti per l'impegno e la liquidazione di detta quota a destinazione vincolata, con imputazione al suddetto capitolo di spesa;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'art. 42, comma 7, della L.R. 16 novembre 2001, n. 28.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2827

Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 912 del 25/03/2010. Istituzione e funzionamento del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi - Programma di attività 2014-2016.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n.3, confermata dal Responsabile A.P., dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, riferisce quanto segue.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 912 del 25 marzo 2010, in attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 23/08 "Piano Regionale di Salute 2008-2010" è stata istituita la Rete Ematologica Pugliese (di seguito REP), con il compito prioritario di: realizzare uno scambio efficace di informazioni e di riferimenti, tra Pazienti, Medici delle Cure Primarie e Strutture Ospedaliere, per la gestione delle condizioni di patologia ematologica consentendo, di fatto, la presa in carico globale del paziente, con integrazione tra ospedale e livelli di assistenza gestiti sul territorio; offrire e garantire diagnosi coerenti, migliore accessibilità alle cure per gli utenti, trattamenti di qualità ed efficacia rispetto ai risultati ottenuti negli ultimi anni nella cura delle emopatie indipendentemente dal luogo di residenza;perseguire la realizzazione di un modello unico di informatizzazione delle attività con l'obiettivo di integrare un unico "network di patologia" la rete dei servizi (modello e strumento organizzativo) al fine di realizzare percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali condivisi.

Contestualmente, con il medesimo provvedimento, è stato costituito il Coordinamento regionale delle malattie ematologiche, con sede presso l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (di seguito AReS Puglia) nonché la relativa composizione.

Con deliberazione n. 194 del 21 febbraio 2014 ad oggetto: "Ricognizione ai sensi dell'art. 1 della L.r. 19/2013 - Riordino organismi collegiali operanti a livello tecnico-amministrativo e consultivo. Semplificazione dei procedimenti amministrativi- e dell'art. 14 della L.R. 12.2.2014 n. 4" la Giunta Regionale ha dichiarato soppresso il Tavolo di Sanità Elettronica.

Alla luce del predetto provvedimento regionale, nonché degli esiti delle attività realizzate dalla Rete Ematologica Pugliese (REP), si rende necessaria la ridefinizione del modello organizzativo della suddetta rete, al fine di supportare al meglio l'operatività della stessa e quindi la modifica e integrazione della delibera di Giunta regionale n. 912 del 25/03/2010.

Pertanto fermo restando le finalità ed i principi ispiratori, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 912 del 25/03/2010, primo fra i quali, nell'interesse esclusivo del paziente, l'assoluta aderenza ai criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica, i quali

si ritiene debbano essere di competenza degli specialisti in ematologia, si propone:

1. la modifica della composizione del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi, riproponendola così come di seguito indicato:
   - i Direttori delle Unità Operative Complesse di Ematologia del Servizio Sanitario Regionale;
   - il Direttore dell'Area Programmazione Sanitaria dell'A.Re.S Puglia;
   - il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento o suo delegato;
   - il Coordinatore regionale del Registro Tumori di Puglia.
2. l'individuazione, con determinazione Dirigenziale del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, dei nominativi dei componenti del Coordinamento regionale Rete Ematologica Pugliese (REP);
3. la designazione del Coordinatore da parte dell'Assessore al Welfare, in sede di insediamento del Coordinamento Regionale delle malattie ematologiche, su proposta dei Direttori pro tempore delle Strutture Complesse di Ematologia della Regione Puglia, di intesa con gli altri Componenti del Coordinamento stesso, la cui nomina avrà durata triennale, rinnovabile.
4. che il coordinamento regionale abbia sede presso l'AReS Puglia, che assicura le funzioni di supporto tecnico-scientifico alla REP, mentre le funzioni di supporto amministrativo siano svolte dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari che, pertanto, costituirà il destinatario istituzionale dei finanziamenti a supporto delle attività della REP, assegnati con l'annuale Documento di Indirizzo Economico Finanziario, ovvero di altri finanziamenti di provenienza pubblica e privata che il coordinamento regionale delle malattie ematologiche sarà in grado di reperire per lo svolgimento delle attività istituzionalmente affidate alla REP.
5. che il modello organizzativo della Rete delle Ematologie Pugliesi risponda ai criteri del "Cancer Care Network (CCN)";
6. che al coordinamento spetti la realizzazione degli obiettivi strategici di rilevanza regionale, come di seguito definiti:
   - La realizzazione del sistema informativo delle ematologie pugliesi, al fine di collegare la rete dei servizi ematologici e di creare un flusso informativo che alimenti le attività del Registro Tumori Puglia per il miglioramento della completezza e della qualità della registrazione oncologica regionale;
   - L'attivazione di un Registro Clinico e Terapeutico delle Principali Patologie Ematologiche per la Valutazione dell'Efficacia, Efficienza ed Outcomes delle Strategie Terapeutiche, anche con il supporto del Registro Tumori Puglia;
   - La definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva sia diagnostica che terapeutica, che facciano sistema in ambito regionale e garantiscano equità nell'accesso alle cure, standardizzazione delle procedure ed efficacia dei trattamenti
   - La definizione di specifici Day Service ematologici
   - L'ottimizzazione dei percorsi per una migliore integrazione Ospedale- Territorio e sperimentazione di modelli per l'"ospedalizzazione domiciliare"
   - Il miglioramento delle performance di farmaco-economia
   - La valutazione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure.

Si propone, infine, l'adozione del Regolamento di funzionamento del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto da n. 4 (quattro fogli).

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S.M. e I."

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

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto esplicitato in narrativa e quivi riportato per farne parte integrante e sostanziale:

1. di modificare la composizione del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi, riproponendola così come di seguito riportato:
   - i Direttori delle Unità Operative Complesse di Ematologia del Servizio Sanitario Regionale;
   - il Direttore dell'Area Programmazione Sanitaria dell'A.Re.S Puglia;
   - il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento o suo delegato;
   - il Coordinatore regionale del Registro Tumori di Puglia.

2. di stabilire che con determinazione Dirigenziale del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento siano individuati i nominativi dei componenti del Coordinamento regionale Rete Ematologica Pugliese (REP);

3. di stabilire che, in sede di insediamento del Coordinamento Regionale delle malattie ematologiche, l'Assessore al Welfare individui il Coordinatore, su proposta dei Direttori pro tempore delle Strutture Complesse di Ematologia della Regione Puglia, di intesa con gli altri Componenti del Coordinamento stesso e la cui nomina avrà durata triennale, rinnovabile;

4. di stabilire che il modello organizzativo della Rete delle Ematologie pugliesi risponda ai criteri del "Cancer Care Network (CCN)";

5. di stabilire che al coordinamento spetti la realizzazione degli obiettivi strategici di rilevanza regionale, come di seguito definiti:
   - la realizzazione del sistema informativo delle ematologie pugliesi, al fine di collegare la rete dei servizi ematologici e di creare un flusso informativo che alimenti le attività del Registro Tumori Puglia per il miglioramento della completezza e della qualità della registrazione oncologica regionale;
   - l'attivazione di un Registro Clinico e Terapeutico delle Principali Patologie Ematologiche per la Valutazione dell'Efficacia, Efficienza ed Outcomes delle Strategie Terapeutiche, anche con il supporto del Registro Tumori Puglia;
   - la definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva sia diagnostica che terapeutica, che facciano sistema in ambito regionale e garantiscano equità nell'accesso alle cure, standardizzazione delle procedure ed efficacia dei trattamenti
   - la definizione di specifici Day Service ematologici
   - l'ottimizzazione dei percorsi per una migliore integrazione Ospedale- Territorio e sperimentazione di modelli per l'"ospedalizzazione domiciliare"
   - il miglioramento delle performance di farmaco-economia
   - la valutazione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure.

6. che il coordinamento regionale abbia sede presso l'AReS Puglia, che assicura le funzioni di supporto tecnico-scientifico alla REP, mentre le funzioni di supporto amministrativo siano svolte dalla Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari che, pertanto, costituirà il destinatario istituzionale dei finanziamenti a supporto delle attività della REP, assegnati con l'annuale Documento di Indirizzo Economico Finanziario, ovvero di altri finanziamenti di provenienza pubblica e privata che il coordinamento regionale delle malattie ematologiche sarà in grado di reperire per lo svolgimento delle attività istituzionalmente affidate alla REP;

7. di approvare il Regolamento recante la definizione dell'organizzazione, in funzionamento e le

attività del Coordinamento Regionale della Rete delle Ematologie Pugliesi, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto da n. 4 (quattro fogli);

8. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP ai sensi dell'art. 6, comma 1, della L.R. n. 13/94;

9. di notificare il presente provvedimento, a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e degli IRCCS pubblici;

10. di notificare il presente provvedimento agli Enti Ecclesiastici, agli IRCCS privati e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, territorialmente competenti;

11. di notificare il presente provvedimento a cura del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento al Dirigente Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi;

- di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO
DEL COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE DELLE EMATOLOGIE PUGLIESI

PREMESSO CHE:

- Le neoplasie risultano in costante incremento e rappresentano una delle cause di morte più frequenti come si può rilevare dai dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) della Regione Puglia relativo al periodo 1998-2004.
- Tra le cause più frequenti di morte accanto al tumore della mammella nella donna ed al tumore della prostata nell'uomo, compaiono i tumori del sistema linfatico ed emopoietico la cui pertinenza specialistica e propria dell'Ematologia;
- Il Piano Sanitario Regionale ha sviluppato il concetto di "rete oncologica" il cui modello organizzativo riprende esigenze proprie dell'Oncologia ma che solo in parte si adattano alle necessità dell'Ematologia;
- L'Accordo del 29 marzo 2007 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, individuando gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, al punto 3 dell' allegato A "La razionalizzazione della rete ospedaliera", ha evidenziato la necessità di: a) promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali; b) promuovere l'eccellenza in strutture di riferimento e la loro messa in rete con gli altri presidi esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;

CONSIDERATO CHE:

- Da oltre un decennio, in Puglia, le Unità Operative Complesse Universitarie e Ospedaliere di Ematologia svolgono attività di assistenza per le patologie ematologiche operando, di fatto, quale gruppo di patologia, seguendo modelli organizzativi improntati all'erogazione di prestazioni secondo vari livelli di assistenza e di offerta di servizi;
- Tra gli interventi considerati prioritari dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 figurano quelli relativi alla costruzione, in un quadro di compatibilità economica, di un'organizzazione regionale "a rete" organica, dinamica, unitaria ed efficiente; alla distribuzione sul territorio regionale di una adeguata dotazione di strutture di eccellenza per meglio soddisfare i bisogni di cura della popolazione; alla promozione di una politica di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera che ridimensioni il fenomeno della mobilità passiva extraregionale;
- Con DGR 25 marzo 2010, n. 912, in attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 23/08 "Piano Regionale di Salute 2008-2010" è stata istituita la Rete Ematologica Pugliese;
- Il coordinamento regionale si riunisce presso AReS Puglia che assicura le funzioni di supporto tecnico-scientifico alla REP, mentre le funzioni di supporto amministrativo sono svolte dalla AOU Policlinico di Bari che pertanto costituirà il destinatario istituzionale dei futuri finanziamenti a supporto delle attività della REP;

Art. 1 – Attività della "Rete Ematologia Pugliese"

1.- La "Rete Ematologia Pugliese" si pone quali obiettivi:

- La messa a punto dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) delle più frequenti patologie ematologiche, anche attraverso la definizione di specifici Day Service ematologici, con particolare attenzione all'appropriatezza prescrittiva sia diagnostica che terapeutica, che facciano sistema in ambito regionale e garantiscano equità nell'accesso alle cure, standardizzazione delle procedure ed efficacia dei trattamenti
- Attivazione dei cosiddetti "registri di patologia", per la valutazione dell'efficacia, efficienza ed *outcomes* delle strategie terapeutiche, anche con il supporto del Registro Tumori Puglia;
- Il miglioramento dell'accesso alle unità operative e servizi della rete;
- La gestione coordinata delle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative del paziente ematologico, nelle forme più efficaci possibili;
- La presa in carico globale del paziente e del suo nucleo familiare, anche sotto il profilo del sostegno psicologico;
- Lo sviluppo delle attività di audit clinico tra tutti gli operatori;
- La realizzazione del sistema informativo delle ematologie pugliesi, al fine di collegare la rete dei servizi ematologici e di creare un flusso informativo che alimenti le attività del Registro Tumori Puglia per il miglioramento della completezza e della qualità della registrazione oncologica regionale;
- L'ottimizzazione dei percorsi per una migliore integrazione Ospedale-Territorio e sperimentazione di modelli per l'"ospedalizzazione domiciliare";
- Il miglioramento delle performance di farmaco-economia;
- La valutazione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure;
- La realizzazione di progetti comuni di ricerca e di formazione.

2. – La realizzazione degli obiettivi sopra individuati è affidata al coordinamento regionale attraverso la predisposizione del Piano Annuale delle Attività che individua e attua le azioni da porre in essere.

3. La individuazione delle attività di ricerca clinica o di base da svolgere, anche sulla base di proposte avanzate da altri enti e istituzioni, viene valutata ed eventualmente approvata dal coordinamento regionale, sulla base della coerenza rispetto agli obiettivi assegnati e della individuazione delle risorse necessarie e dalle relative fonti di finanziamento.

Art. 2 – Organizzazione del "Rete Ematologia Pugliese"

1. Dal punto di vista operativo, al fine di definire l'architettura del sistema informativo della Rete, funzionale al conseguimento degli obiettivi assegnati, la REP si articola in:

A) Unità centrale

L'Unità centrale ospita il centro operativo di coordinamento delle attività legate alla rete, in cui è allocata la base operativa di raccolta dati centralizzata con la gestione del data warehouse delle informazioni cliniche. L'unità centrale è ubicata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari. In tale unità opera

almeno un esperto in materia informatica con un profilo ad alta qualificazione professionale per la gestione del software e dei flussi informativi raccolti.
B) Unità operative della REP
Ciascuno dei centri della Rete è collegato funzionalmente all'unità centrale, al fine di definire un flusso biunivoco di dati e informazioni e alimentare il sistema informativo ematologico, con un operatore dedicato. Ogni unità operativa della REP contribuisce alla realizzazione delle attività individuate nel Piano Annuale delle Attività.

Art. 3 – Coordinamento regionale

1. Alle attività della Rete Ematologica Pugliese presiede il coordinamento regionale, come definito dal provvedimento di giunta regionale. Ai componenti del coordinamento non spetta alcun compenso.
2. E' compito del coordinamento:
- approvare il piano annuale delle attività;
- approvare programmi di ricerca scientifica, di studio e di aggiornamento;
- proporre la stipula di convenzioni e contratti, eventualmente necessari, per il funzionamento della Rete, anche con finanziamenti privati per progetti di utilità sociale e sanitaria pubblica;
- interagire con i rappresentati istituzionali.
- curare la redazione del rapporto annuale dei risultati prodotti.

Art. 4 - Utilizzazione e pubblicazione dei risultati

1. Il coordinamento regionale cura la predisposizione di un rapporto annuale dei risultati prodotti, esplicitando metodologie e criticità e coinvolgendo tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione delle attività, ciascuno per quanto di propria competenza. Sarà istituito un sito web del Portale della Salute della Regione Puglia al fine di rendere accessibili, a livello aggregato, le informazioni prodotte e garantire trasparenza delle procedure.

Art. 5 – Coinvolgimento di soggetti terzi nell'ambito della ricerca

1. Nell'ambito delle attività di ricerca possono essere coinvolti soggetti terzi, che concorrano al supporto delle attività previste, attraverso specifiche convenzioni, che disciplinino la proprietà dei risultati e dei prodotti, nonché gli oneri derivanti dalle attività del progetto.

Art. 6 - Trattamento dei dati personali

1. La Rete provvede al trattamento, alla diffusione ed alla comunicazione dei dati personali relativi al presente protocollo, nell'ambito del perseguimento dei propri fini istituzionali e di quanto previsto dall'ordinamento normativo generale e di settore.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2828

Autorizzazione alla ASL BT per l'intesa con la Congregazione delle Suore Piccole Operaie del Sacro Cuore per l'accordo contrattuale integrativo per Villa Dragonetti in Trani (BT), per il mantenimento dell'offerta di posti letto in RSSA ex art. 66 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. nella ASL BT.

L'Assessore al Welfare e Politiche per la Salute, Donato Pentassuglia, sulla base della istruttoria della dirigente del Servzio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria e del dirigente ad interim del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, approvata dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

la l.r. n. 18 del 9 aprile 2014 "Norme urgenti in materia di strutture socio assistenziali", la Regione Puglia ha approvato la proroga delle autorizzazioni provvisorie di strutture socio assistenziali e sociosanitarie ex Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. esclusivamente per tutte le strutture per le quali risultino già in corso i lavori di adeguamento e per le quali si verifichi l'adeguatezza dei servizi prestati agli ospiti nonché il rispetto delle norme di carattere generale in materia di urbanistica, edilizia, barriere architettoniche, igiene e sicurezza. La proroga è consentita solo fino al 6 febbraio 2015 e a condizione che si assicuri esclusivamente la continuità assistenziale agli utenti già presi in carico alla data di entrata in vigore della medesima legge regionale;

la struttura sociosanitaria denominata "Villa Dragonetti", sita in Trani alla C.da Monte d'Alba, di cui è soggetto titolare e gestore l'Ente religioso "Congregazione Suore Piccole Operaie del Sacro Cuore", con sede legale in Milano alla Via Curtatone n. 9, eroga servizi di casa di riposo e di RSSA in vigenza dei seguenti regimi:

1. fino al 28 maggio 2014, n. 44 p.l. con autorizzazione provvisoria di Casa di riposo ex art. 65 Reg. R. n. 4/2007 rilasciata con determinazione del Comune di Trani n. 1633 del 12/11/2006, e sospesa con determinazione n. 108 del 28/05/2014, a seguito di ispezioni dei NAS, del SISP della ASL BT e del Comune di Trani;
2. fino al 28 maggio 2014, n. 114 p.l. con autorizzazione provvisoria di RSSA ex art. 66 Reg. R. n. 4/2007 rilasciata con determinazione del Comune di Trani n. 1633 del 12/11/2006, e sospesa con determinazione n. 108 del 28/05/2014, a seguito di ispezioni dei NAS, del SISP della ASL BT e del Comune di Trani;
3. dal 21/02/2012 con determinazione n. 35 del Comune di Trani, n. 70 p.l. con autorizzazione definitiva di RSSA ex art. 66 del Reg. R. n. 4/2007;
4. negli spazi autorizzati provvisoriamente come "casa di riposo" sono stati, inoltre, accolti n. 30 pazienti psichiatrici inviati dal DSM della ASL BT, sulla base di un accordo sottoscritto nel 2011 tra la ex ASL BA2 e la Congregazione Suore Piccole Operaie "Villa Dragonetti";

il Comune di Trani ha notificato, per le proprie competenze, alla Congregazione Suore Piccole Operaie "Villa Dragonetti" in data 24/04/2014 una diffida ad adempiere per l'adeguamento dei locali che ospitavano le strutture oggetto di autorizzazione provvisoria, cui ha fatto seguito la determinazione dirigenziale n. 108 del 28/05/2014 di sospensione della predetta autorizzazione provvisoria, e la determinazione n. 298 del 15/07/2014 di revoca della predetta autorizzazione provvisoria;

a fronte della sospensione e della revoca dell'autorizzazione provvisoria, si è venuta a determinare una situazione di emergenza per i pazienti psichiatrici accolti nella struttura di Villa Dragonetti con rette a totale carico del SSR e per gli ospiti della Casa di Riposo con rette a carico degli stessi ospiti ovvero dei Comuni di provenienza, in caso di indigenza: la continuità assistenziale, previa verifica della appropriatezza delle prestazioni erogate, ha rappresentato l'obiettivo di ogni sforzo posto in essere in particolare dalla ASL BT per affrontare l'emergenza, avendone informato il Comune di Trani e la Regione Puglia-Assessorato al Welfare e Politiche della Salute in due successive riunioni svoltesi in data 6 maggio e 28 luglio 2014, presso la sede della Regione Puglia;

è emersa sin da subito, inoltre, la situazione di emergenza determinatasi per tutti i lavoratori impiegati per la gestione dei posti letto la cui autorizzazione veniva revocata, per un esubero in numero complessivo di circa 39-40 unità, con la

richiesta da parte di tutte le rappresentanze sindacali aziendali rivolta ai soggetti pubblici competenti - ASL, Comune di Trani e Regione Puglia - di adottare soluzioni transitorie in grado di salvaguardare il maggior numero possibile di posti di lavoro nonché di sostenere la ricollocazione possibile degli operatori sociosanitari eventualmente non reimpiegabili presso la medesima struttura;

sono state avviate le procedure di licenziamento come previsto dalla normativa vigente per il personale di cui al punto precedente.

CONSIDERATO CHE:

nel corso delle riunioni svolte presso la Regione Puglia nelle date del 28 luglio e del 6 ottobre 2014, alla presenza dei rappresentanti della ASL BT, del Comune di Trani, dell'Ente titolare/gestore Congregazione Suore Piccole Operaie "Villa Dragonetti" e delle rappresentanze sindacali aziendali e regionali, è emersa la disponibilità della Congregazione di ricollocare presso la propria struttura una parte del personale (stimato in numero di 15 unità almeno) a fronte dalla possibile attivazione di un ulteriore modulo di RSSA per anziani ex art. 66 Reg. R. n. 4/2007 da n. 30 p.l., a fronte dei necessari investimenti per la realizzazione degli interventi di adeguamento strutturale e organizzativo- funzionale, a condizione che per detto modulo sia assicurata la copertura per l'accordo contrattuale con la ASL BT al fine di non ridurre l'offerta di posti letto sociosanitari storicamente presente nel distretto sociosanitario di Trani-Bisceglie e di assicurare continuità assistenziale ad una parte almeno dei pazienti temporaneamente collocati in altre strutture fuori distretto, a seguito della revoca delle preesistenti autorizzazioni provvisorie;

in base al vigente fabbisogno standard (7p.l./10.000 ab) determinato dalla normativa regionale per i p.l. di RSSA ex ar. 66, la ASL BT dovrebbe assicurare alla propria popolazione di riferimento n. 273 p.l. e che allo stato attuale la ricognizione effettuata dalla ASL BT fa rilevare accordi contrattuali vigenti per un totale di n. 210 p.l.;

allo stato attuale della dotazione infrastrutturale del territorio del nord-barese afferente alla ASL BT, le strutture presenti nel distretto di Trani-Bisceglie assicurano risposte di assistenza sociosanitaria anche per le popolazioni dei distretti di Barletta e Andria, ancora sprovvisti di RSSA autorizzate al funzionamento in via definitiva;

la ASL BT ha una possibilità di attivare accordi contrattuali per assicurare un'offerta adeguata di p.l. in RSSA per n. 63 p.l. rispetto al fabbisogno standard;

la possibilità di attivare un ulteriore accordo contrattuale, nel rispetto delle procedure vigenti (l.r. n. 4/2010 e DGR seguenti), per un modulo da n. 30 p.l. di RSSA ex art. 66 presso Villa Dragonetti non contrasta con la disponibilità finanziaria teorica e con il fabbisogno standard assegnato alla ASL BT e risponde, invece, al principio della continuità assistenziale e della prossimità dell'offerta di p.l. alle popolazioni di riferimento;

in sede di riunione del 6 ottobre 2014 presso la Regione Puglia, da ultimo, l'Assessore alle Politiche per la Salute e il Direttore Generale della ASL BT hanno confermato dinanzi alle parti datoriali e sindacali l'impegno ad adottare ogni utile azione per ridurre l'impatto sui livelli occupazionali di Villa Dragonetti e per limitare gli effetti di una riduzione dell'offerta contrattualizzata con la ASL BT nel territorio di riferimento.

Tanto premesso e considerato si rende necessario autorizzare il Direttore Generale della ASL BT ad avviare le procedure per la sottoscrizione di preliminare protocollo di intesa con la Congregazione Suore Piccole Operaie "Villa Dragonetti" e per la successiva contrattualizzazione di un ulteriore modulo da n. 30 p.l. presso la struttura di Villa Dragonetti, entro e non oltre il 31 marzo 2015 che potrà intervenire solo subordinatamente allo svolgimento di tutti i lavori di adeguamento della struttura indispensabili per richiedere e ottenere l'autorizzazione al funzionamento in via definitiva per il suddetto modulo, con oneri di realizzazione totalmente a carico della proprietà della struttura "Villa Dragonetti". L'accordo contrattuale aggiuntivo avrà durata triennale, nel rispetto della normativa vigente, in coerenza con le prescrizioni di cui alla DGR n. 359/2011 e D.G.R. n. 1797/2014, e in considerazione della dinamica evolutiva dell'offerta di strutture e posti letto nel territorio di riferimento di tutti i distretti sociosanitari della ASL BT.

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

Il presente provvedimento 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 presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. K), della L.R. 4/2/1997, n.7.

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio e dal Direttore di Area;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di approvare quanto esposto in premessa che qui di seguito si intende integralmente riportato;

- di autorizzare il Direttore Generale della ASL BT a sottoscrivere apposito protocollo di intesa con la Congregazione Suore Piccole Operaie "Villa Dragonetti" per lo svolgimento dei lavori di adeguamento agli standard strutturali, organizzativi e funzionali per un nuovo modulo da 30 p.l. di RSSA per anziani (art. 66 del Reg. R. n. 4/2007), con oneri totalmente a carico della proprietà, nonché a sottoscrivere il successivo accordo contrattuale di durata triennale per il nuovo modulo di RSSA;

- di delegare il dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento alla sottoscrizione del Protocollo di Intesa con il Direttore Generale della ASL BT e con il rappresentante legale del soggetto gestore di "Villa Dragonetti" sita in Trani (BT);

- di pubblicare il presente provvedimento sul Sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2830

Conclusione del procedimento di verifica di metà mandato dell'attività del Direttore Generale dell'ASL FG, avviato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2042 del 7/11/2013.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile A.P. "Costituzione e verifica organi Aziende ed Enti SSR e gestione Albi regionali in materia sanitaria", confermata dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente ad interim del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed Accreditamento, riferisce quanto segue:

L'art. 3-bis, co. 6, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. stabilisce che "trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14 […] procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine ".

Con Deliberazione n. 2042 del 7/11/2013 la Giunta Regionale, ai sensi della citata normativa, ha avviato il procedimento di verifica di metà mandato per il dott. Attilio Manfrini, nominato Direttore generale della ASL FG con DGR n. 552 del 20/03/2012 ed insediatosi in data 2/4/2012 giusto verbale di insediamento acquisito al protocollo del competente Servizio assessorile in data 11/4/2012.

Successivamente, in data 2/05/2012, il dott. Manfrini ha quindi sottoscritto con il Presidente della Regione Puglia il relativo contratto di diritto privato.

Con la medesima Deliberazione n. 2042/2013 la Giunta Regionale ha altresì stabilito - ai fini della predetta valutazione di metà mandato ed in assenza di una definizione condivisa dei criteri di valutazione da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ai sensi dell'art. 3-bis, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. - di procedere con gli strumenti finora utilizzati, disciplinati da specifici provvedimenti della Giunta Regionale, nonché richiamati dal contratto sottoscritto dal dott. Manfrini secondo lo schema approvato per le ASL con la D.G.R. n. 2341/2011 come integrata e modificata dalla successiva D.G.R. n. 2467/2012, secondo le seguenti modalità procedurali:

La valutazione viene effettuata da una Commissione di esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, appositamente nominata dalla Giunta Regionale.

La valutazione deve riguardare gli obiettivi di mandato attribuiti al Direttore generale (elencati nella relativa D.G.R. di nomina), previa verifica del rispetto degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza di cui all'Allegato 1 del relativo contratto.

La valutazione viene effettuata sulla base degli atti e documenti in possesso dei competenti Uffici e Servizi assessorili nonché dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), delle relazioni eventualmente pervenute dal Nucleo Ispettivo Regionale (NIR), dei pareri rilasciati dagli organi che - ai sensi della vigente normativa - hanno titolo a provvedere.

L'esito della valutazione, per ciascun obiettivo di mandato, prevede esclusivamente due opzioni: 1) Obiettivo raggiunto; 2) Obiettivo non raggiunto.

La valutazione complessiva s'intenderà negativa nel caso in cui gli obiettivi di mandato non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.

La valutazione potrà tenere conto - limitatamente all'arco temporale di riferimento della verifica - delle relazioni di accompagnamento ai rendiconti trimestrali ed al Bilancio Consuntivo aziendale redatte dai Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie interessate, messe a disposizione dal competente Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale (GAF), nonché del report sull'attività dei Collegi Sindacali e sulle criticità gestionali da questi ultimi rilevate nelle ASL i cui Direttori generali sono interessati dalla verifica, messo a disposizione dal competente Servizio Controlli.

Atteso che la valutazione in oggetto - in base alle modalità procedurali innanzi richiamate - fa riferimento agli obiettivi di mandato attribuiti al Direttore generale nella relativa D.G.R. di nomina, previa verifica del rispetto degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza di cui all'Allegato 1 del predetto contratto stipulato tra il dott. Manfrini ed il Presidente della Regione Puglia, si ritiene utile riportare di seguito preliminarmente tali ***obiettivi vincolanti a pena di decadenza***:

1) Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale [Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274].
2) Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio, ovvero entro i limiti delle assegnazioni effettuate annualmente attraverso il Documento di Indirizzo Economico Funzionale delle Aziende ed Enti del SSR (DIEF).
   La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali.
   Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le Aziende danno

comunicazione alla Giunta Regionale entro i successivi quindici giorni.

La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi:

a) mancata o incompleta presentazione della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale;
b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione all'art. 33 della L.R. 38/1994 s.m.i.;
c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra indicato [D.Lgs. 502/1992 s.m.i., art. 3-bis, co. 7; L.R. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; L. 289/2002, art. 52, co. 4, lett. d); Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, co. 2, recepita dalla L. 266/2005 (Finanziaria 2006), art. 1, co. 274].

3) Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione [D.Lgs. 502/1992 s.m.i., art. 3-bis, co. 7].
4) Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato_ Le Aziende sanitarie e ospedaliere, singolarmente o in forma aggregata, hanno l'obbligo, in attuazione e secondo i criteri di cui all'articolo 59 della L. 388/2000, di aderire alle convenzioni stipulate dal Ministero del tesoro attraverso la CONSIP per tutte le categorie merceologiche pubblicate sul relativo sito Internet, ovvero di utilizzare i relativi parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento. Le stesse Aziende, ove disattendano la predetta disposizione, devono motivare i provvedimenti con cui procedono all'acquisto di beni e servizi a prezzi e a condizioni meno vantaggiosi di quelli stabiliti nelle convenzioni CONSIP [L.R. 14/2001, art. 17].
5) Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria [L. 120/2007, art. 1, co. 7].
6) Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate [L.R. 32/2001, art. 11].
7) Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali [L.R. 4/2003, art. 32, co. 2; D.G.R. 1200/2006, in attuazione dell'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005].
8) Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito [L.R. 4/2003, art. 36, co. 6].
9) Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento [L.R. 405/2001; D.G.R. n. 1718/2004].

Si riportano quindi di seguito gli ***obiettivi di mandato*** assegnati allo stesso Direttore Generale con l'atto di nomina (DGR n. 552 del 20/3/2012):

1) Utilizzo sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati;
2) Adeguamento del sistema informativo contabile alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché alle direttive regionali in materia;
3) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera;
4) Attuazione della programmazione regionale in materia di rete sanitaria territoriale;
5) Redazione piano aziendale per la riduzione della mobilità passiva extraregionale;
6) Corretta applicazione programmazione regionale in merito agli accordi contrattuali con le strutture private accreditate;
7) Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici ed alla definizione degli obiettivi assegnati ai direttori delle Unità Operative;
8) Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale, anche attraverso accordi con MMG/PLS e specialisti ambulatoriali sulla base degli indirizzi regionali;
9) Rideterminazione dotazione organica ed adeguamento dei fondi contrattuali aziendali previsti dai CCNL entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente;
10) Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente;
11) Riduzione ricorso a prestazioni sanitarie aggiuntive ex artt. 54-55 CCNL nei limiti previsti e con le modalità disposte da leggi o provvedimenti regionali;

12) Rispetto blocco totale del turn-over, fatte salve eventuali deroghe da parte della Giunta Regionale;
13) Adozione atti aziendali recanti adeguamento alla programmazione regionale vigente, con specifico riferimento alla revisione parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali);
14) Adozione piano aziendale per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private insistenti sul proprio territorio, ivi compresi gli Enti ecclesiastici ed IRCCS privati, attraverso il potenziamento dei relativi controlli;
15) Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali;
16) Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione;
17) Mantenimento standard ministeriali di sanità veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi (O.M. 14/11/2006);
18) Rispetto accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei Fondi Comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988;
19) Attuazione del Piano Regionale per il governo dei tempi di attesa.

Ai fini dell'espletamento della valutazione di metà mandato di cui alla predetta DGR n. 2042/2013, il competente Ufficio Rapporti Istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ha provveduto a richiedere, per il periodo sottoposto a verifica (marzo 2012 - settembre 2013):

1) Dettagliata relazione sulla gestione al Direttore Generale interessato al procedimento;
2) L'espressione del parere ex art. 3-bis, comma 6 del D. Lgs. 502/92 s.m.i al Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ASL di riferimento;
3) La trasmissione di atti e/o documentazione ritenuta rilevante agli Uffici regionali con competenze in materia di programmazione e controllo dell'attività delle ASL nonché al Direttore Generale dell'ARES.

Il Direttore Generale ASL FG ha inviato la propria relazione sull'attività svolta con nota prot. n. 14555 del 18/2/2014.

Il Segretario della Conferenza dei Sindaci ASL FG, con nota mail dell'11/3/2014, ha trasmesso il verbale della seduta del 19 febbraio 2014 nel corso della quale la Conferenza ha approvato l'operato del Direttore Generale ASL FG.

L'Ufficio Rapporti Istituzionali ha quindi trasmesso alla Commissione di esperti la documentazione pervenuta dagli Uffici e Servizi regionali nonché dal Direttore Generale dell'ARES, unitamente alla relazione trasmessa dal Direttore Generale sottoposto al procedimento di verifica in oggetto.

La Commissione di esperti incaricata del procedimento di valutazione in oggetto, nominata con D.G.R. n. 2042 del 7/11/2013, ha trasmesso all'Ufficio Rapporti Istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica con nota prot. n. AOO_146-002991 del 7/10/2014 il verbale di conclusione dei lavori del 2/10/2014, unitamente alle griglie di valutazione relative agli obiettivi vincolanti a pena di decadenza (All. 1/A) ed agli obiettivi di mandato (All. 1/B) per il Direttore Generale sottoposto a verifica, indicando le modalità procedurali per l'espletamento del procedimento di valutazione nonché gli esiti della verifica dei predetti obiettivi.

Tale verbale della Commissione risulta archiviato agli atti del competente Ufficio Rapporti Istituzionali.

Tuttavia, considerato che:

- In relazione all'analogo procedimento di verifica di metà mandato per i Direttori generali delle AA.SS.LL. BA, BR, BT, LE e TA l'Assessore al Welfare aveva predisposto una comunicazione urgente - di cui la Giunta Regionale prendeva atto con decisione assunta a verbale in data 1/8/2014 - nella quale si evidenziava, tra l'altro, la necessità "in ossequio ai principi del giusto procedimento ed a fini di completezza dell'istruttoria, [del]l'acquisizione del contributo partecipativo degli interessati e [del]l'esame dello stesso da parte della Commissione".
- Nell'ambito di tale comunicazione, con specifico riferimento al mancato raggiungimento dell'obiettivo vincolante n. 5 ("Garanzia del corretto, com-

pleto e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali"), l'Assessore al Welfare afferma che "esso potrebbe ritenersi superato alla luce delle considerazioni svolte dalla Commissione, che ha evidenziato l'esistenza di fattori esogeni che possono aver inciso sull'operato del management sanitario (l'Organo consultivo ha infatti evidenziato che l'obiettivo in esame "non è stato considerato raggiunto per tutti i Direttori Generali sottoposti a valutazione, tenuto conto delle complesse condizioni esterne e vincoli di natura organizzativa e tecnico-informatica che nella fase di implementazione e di messa a regime dei flussi informativi (2011-2012) non hanno consentito, se non per miglioramenti progressivi, la regolare alimentazione e gestione dei flussi medesimi) ".

- La Giunta Regionale, con decisione assunta a verbale in data 1/8/2014, prendeva atto della predetta comunicazione dell'Assessore al Welfare disponendo che si procedesse in conformità con la proposta in essa contenuta, giusta comunicazione del Segretario Generale della Giunta Regionale prot. n. A00-022-617 dell'1/8/2014.

Il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ha provveduto a trasmettere al Direttore Generale della ASL FG, con nota prot. n. A00-151-11443 del 16/10/2014, il predetto verbale della Commissione del 2/10/2014, unitamente alle griglie di valutazione relative agli obiettivi vincolanti a pena di decadenza (All. 1/A) ed agli obiettivi di mandato (All. 1/B) inerenti la propria valutazione, invitando lo stesso Direttore generale a presentare eventuali controdeduzioni direttamente ai componenti della Commissione.

La Commissione di esperti, dopo aver effettuato il puntuale esame delle controdeduzioni pervenute dal Direttore generale interessato, ha quindi trasmesso all'Ufficio Rapporti Istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, con nota prot. n. A00_168-1363 del 22/12/2014, il verbale di conclusione dei lavori del 22/12/2014, archiviato agli atti del competente Ufficio Rapporti Istituzionali.

Da tale verbale si rileva che la Commissione, esaminate le controdeduzioni del Direttore Generale ASL FG, ha formulato le seguenti conclusioni:

- Per quanto attiene all'obiettivo vincolante a pena di decadenza n. 3 ("Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione"), rispetto al quale erano state segnalate due visite ispettive in corso giusto verbale della Commissione del 2/10/2014, la medesima Commissione rappresenta che, allo stato, "non ha ricevuto, nè dagli uffici assessorili nè dal Direttore Generale, supplementi istruttori che consentano di concludere la valutazione; pertanto, ai sensi dell'art. 4 del contratto sottoscritto dal DG, si rinvia sul punto alle valutazioni degli Uffici competenti dell'Area Politiche Promozione della Salute. Obiettivo NON VALUTABILE".
- Per quanto concerne l'obiettivo vincolante a pena di decadenza n. 5 ("Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali"), la Commissione rappresenta che "ha preso atto della relazione di controdeduzioni in cui il DG evidenzia il superamento della maggior parte delle inadempienze per l'anno 2014; in relazione al 2012, la Commissione ha verificato quanto riportato nella relazione sugli adempimenti LEA ed ha preso atto che la Regione Puglia è ritenuta adempiente su tutti i flussi informativi e adempiente con impegno per il flusso NSIS - FAR. Tale evidenza porta la Commissione a ritenere l'obiettivo sostanzialmente RAGGIUNTO".

Per quanto attiene agli obiettivi di mandato, la Commissione ha evidenziato il mancato raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Obiettivo 5 ("Redazione piano aziendale per la riduzione della mobilità passiva extraregionale"), con la seguente motivazione: "Il D.G. non fornisce controdeduzioni sul punto, pertanto la Commissione conferma la propria valutazione";
- Obiettivo 7 ("Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici ed alla definizione degli obiettivi assegnati ai Direttori delle Unità Operative"), con la seguente motivazione: "Il D.G. illustra le motivazioni cui è riconducibile l'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera, non negando che detto incremento ci sia stato, fallendo dunque nell'obiettivo del contenimento di detta spesa, senza

che venga aggiunto alcun elemento oggettivo per modificare il giudizio già espresso dalla Commissione nel corso della riunione del 2 ottobre u.s.";
- Obiettivo 13 ("Adozione atti aziendali recante adeguamento alla programmazione regionale vigente, con specifico riferimento alla revisione parametri minimi per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali)"), con la seguente motivazione: "il D.G. spiega che la mancata adozione di un atto aziendale costituisce una condizione ostativa all'adeguamento della struttura organizzativa della ASL alle indicazioni delle DGR n. 1388/2011 e 3008/2012; ciò a parere del DG, ha determinato il ritardo nella adozione del provvedimento di adeguamento della struttura alla programmazione regionale, avvenuta nell'ottobre 2014".

In base alle ulteriori valutazioni della Commissione, pertanto, si riscontra il raggiungimento degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza, fatta eccezione per l'obiettivo n. 3 ritenuto non valutabile per le motivazioni di cui innanzi, ed il raggiungimento di 16 obiettivi di mandato rispetto ai 19 complessivi.

Essendo il numero complessivo degli obiettivi di mandato non raggiunti pari a 3, esso risulta inferiore al 20% del totale degli obiettivi assegnati. Pertanto, la valutazione della Commissione sul raggiungimento degli obiettivi di mandato da parte del Direttore generale ASL FG risulta positiva.

Per quanto sopra, si ritiene che la Giunta Regionale - sulla base delle risultanze dei lavori della Commissione di esperti come innanzi illustrate - possa concludere con esito positivo il procedimento di valutazione di metà mandato del Direttore Generale dell'ASL FG, dott. Attilio Manfrini, avviato con D.G.R. n. 2042/2013 e procedere conseguentemente alla conferma dell'incarico dello stesso Direttore fino alla sua naturale scadenza, prevista per il 2/4/2015.

COPERTURA FINANZIARIA L.R. n. 28/01 e s.m.i.

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

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

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

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Responsabile A.P. "Costituzione e verifica organi Aziende ed Enti SSR e gestione Albi regionali in materia sanitaria", dal Dirigente dell'Ufficio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente ad interim del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed Accreditamento.

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

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

- Di concludere il procedimento di valutazione di metà mandato del Direttore Generale della ASL FG, dott. Attilio Manfrini, avviato con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2042 del 7/11/2013, sulla base delle risultanze dei lavori della Commissione di esperti appositamente nominata con il medesimo atto giuntale e la cui valutazione risulta positiva sia in merito al raggiungimento degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza che in merito al raggiungimento degli obiettivi di mandato.

- Di confermare dunque l'incarico del Direttore Generale della ASL FG, dott. Attilio Manfrini, fino alla sua naturale scadenza prevista per il 2/4/2015.

- Di dare mandato all'Ufficio Rapporti istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica per tutti gli adempimenti connessi all'adozione del presente provvedimento.

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

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2831

Determinazioni in materia di prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita.

L'Assessore al Welfare riferisce quanto segue:

La legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita" al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana prevede il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla stessa legge. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità. In particolare l'articolo 10, comma 2, prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabiliscano i requisiti delle strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate ad eseguire interventi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

La Direttiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 ha definito le norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

Con Decreto del Ministero della Salute 7 ottobre 2005 è stato istituito il Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito delle applicazione delle tecniche medesime.

La Direttiva 2006/17/CE della Commissione dell'8 febbraio 2006 che attua la direttiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio stabilisce determinate prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani.

La Direttiva 2006/86/CE della Commissione del 24 ottobre 2006 che attua la direttiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio indica le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

Il Decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 attua la direttiva 2004/23/CE e definisce le norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani".

L'11 aprile 2008 il Ministro della Salute ha sottoscritto il documento concernente le linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, previste dall'articolo 7 della legge 40/2004 che le indica come vincolanti per tutte le strutture autorizzate, che aggiornano le precedenti linee guida del 21 luglio 2004.

Il Decreto legislativo 25 gennaio 2010 n. 16 disciplina, in attuazione delle Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE, le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani".

Con deliberazione n. 233 del 18/02/2013 la Giunta regionale ha recepito l'Accordo Stato - Regioni del 15 marzo 2012 ad oggetto "Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie autorizzate di cui alla legge 19 febbraio 2004. n.40 per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di cellule umane" che definisce i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei Centri di PMA, riferiti agli standard di qualità e sicurezza, le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la codifica, la lavo-

razione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani previste nel decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16.

I contenuti del predetto Accordo costituiscono anche linee guida per l'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 1 del decreto legislativo n. 191 del 2007.

Il Decreto del Ministero della salute 10 ottobre 2012 ha stabilito le modalità per l'esportazione o l'importazione di tessuti, cellule e cellule riproduttive umani destinati ad applicazioni sull'uomo, disciplinando, pertanto, l'importazione e l'esportazione di gameti ed embrioni.

Con Regolamento regionale 12 febbraio 2014, n.2 sono stati definiti il fabbisogno ed i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per l'autorizzazione all'esercizio dei Centri di PMA di I, II e III livello.

Riconoscendo la valenza prevalentemente sociale nel sostenere le coppie al fine di rimuovere le cause impeditive alla procreazione (sterilità o infertilità inspiegate), la Regione Puglia con legge n. 45 del 30 dicembre 2013, all'art. 22, nell'ambito delle iniziative a sostegno delle responsabilità genitoriali e di contrasto della povertà di nuclei familiari, in applicazione del comma 3 dell'articolo 24 della l.r. 19/2006, ha previsto un contributo economico, a valere sul Fondo Sociale Regionale, per il sostegno alle famiglie che accedono alle tecniche di PMA.

Pertanto, per sostenere la spesa delle coppie genitoriali il predetto articolo di legge ha previsto una compartecipazione al costo dei percorsi di procreazione medicalmente assistita (PMA) con un contributo nella misura di 400 euro per ciascun percorso di PMA che si avvalga di tecniche di I livello, ovvero nella misura di 1000 euro per ciascun percorso di PMA che si avvalga di tecniche di II e III livello, e comunque nella misura massima di due percorsi per coppia.

A tal fine, quale atto propedeutico alla definizione delle modalità attuative della misura di intervento, si è reso necessario determinare le tariffe per le prestazioni dei cicli di PMA di I, II e III livello mediante la quantificazione dei costi di ogni singola tecnica di PMA, con l'obiettivo di rendere omogeneo il predetto sistema tariffario a livello regionale.

Con deliberazione di Giunta regionale n.851 del 13/05/2014 sono state approvate le tariffe di riferimento regionali per le prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita di I, II e III livello.

La Corte Costituzionale con sentenza del 9 aprile 2014, n. 162, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, comma 3 della legge n. 40 del 19 febbraio 2004 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nella parte in cui stabilisce il divieto del ricorso a tecniche di PMA di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o di infertilità assolute ed irreversibili per la coppia di cui all'art. 5, comma 1 della medesima legge.

La Corte Costituzionale, a seguito della predetta sentenza, con le motivazioni depositate in data 11 giugno 2014, ha precisato che la dichiarazione d'incostituzionalità non produce alcun vuoto normativo, costituendo la PMA di tipo eterologo una species della metodica generale già compiutamente disciplinata nell'ordinamento vigente in tutti i vari aspetti connessi al suo esercizio.

Come espressamente precisato dalla Corte Costituzionale, dalle norme vigenti è già desumibile una regolamentazione della PMA di tipo eterologo ricavabile, mediante gli ordinari strumenti interpretativi, dalla disciplina concernente in linea generale la donazione di tessuti e cellule umani, in quanto espressiva di principi generali pur nella diversità delle fattispecie (in ordine alla gratuità e volontarietà della donazione, alle modalità di acquisizione del consenso, all'anonimato dei donatori, alle esigenze di tutela sotto il profilo sanitario, ecc., oggetto degli artt. 12-13, commi 1, 14 e 15 del Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 191), cui devono ritenersi estensibili per analogia le disposizioni di cui all'art. 177, comma 2, del Decreto Legislativo 196/2003 in tema di disciplina anagrafica, all'art. 28 della legge 184/83 sull'adozione, come modificato dall'art. 24 della Legge 141/2001, alla Sentenza della Corte Costituzionale 278/2013, alla Direttiva 2006/17/CE.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 4 settembre 2014, con il "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.162/2014", ha concordato gli indirizzi operativi per consentire l'avvio delle tecniche di PMA di tipo eterologo, elaborati dalla Commissione Salute a seguito del lavoro istruttorio condotto dallo specifico gruppo tecnico scientifico di

esperti sulla PMA. Tali linee guida definiscono i criteri di selezione dei donatori e dei riceventi, gli esami infettivologici e genetici da effettuare, il numero massimo dei nati dalle donazioni che un donatore o donatrice può effettuare, le regole sull'anonimato dei donatori e la tracciabilità delle donazioni.

Con nota prot. n. 3998/C7SAN del 4/9/2014 il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha richiesto ai Presidenti degli enti medesimi, al fine di rendere uniforme a livello nazionale l'accesso alle procedure eterologhe, di recepire con delibera di Giunta regionale o con specifico provvedimento regionale il documento di cui sopra.

La Regione Puglia, con deliberazione di Giunta regionale n. 2065 del 09/10/2014 ha recepito il documento ad oggetto "Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.162/2014".

Le Regioni e le Province Autonome, nelle premesse del predetto Documento, hanno rappresentato che le prestazioni di PMA omologa ed eterologa, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale, risultano entrambe modalità di PMA riconosciute LEA, anche sulla scorta del parere favorevole espresso in sede di Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2004 sul riparto delle risorse destinate a favorire l'accesso alle tecniche di PMA, previsto dall'art. 18 della legge n. 40/2004. Inoltre, ai fini del riconoscimento economico, le Regioni e le Province Autonome evidenziano la necessità di inserire nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) di adeguamento dei LEA, così come definito nel Patto per la Salute 2014-2016, la PMA omologa ed eterologa.

Con successivo Documento del 25 settembre 2014 ad oggetto "Definizione tariffa unica convenzionale per le prestazioni di fecondazione eterologa" la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha ribadito il principio di considerare la PMA (sia l'omologa che l'eterologa) un LEA, in attesa, come richiesto, del loro inserimento nel DPCM sui livelli essenziali di assistenza che, come previsto nel patto per la Salute 2014-2016, dovrà essere rivisto entro la fine dell'anno.

Per quanto innanzi riportato, qualora la Giunta regionale ritenga, sulla base dei Documenti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 4 e del 25 settembre 2014, di dover inserire le prestazioni di PMA omologa ed eterologa nel nomenclatore tariffario regionale vigente, nelle more dell'inserimento delle stesse, da parte dello Stato competente in materia, in quello nazionale di cui al DPCM 29 novembre 2001, è necessario individuare i seguenti criteri di accesso:

- l'età della donna, fino ai 43 anni non compiuti, ovvero fino a 42 anni 11 mesi e 29 giorni;
- il numero di cicli di trattamento, fino a 3;
- eventuali cicli effettuati in precedenza presso altre strutture pubbliche o private autorizzate all'esercizio con oneri a carico del SSN dovranno essere autocertificati dalla donna e concorrono al raggiungimento del numero massimo di cicli effettuabili.

E' necessario inoltre:

- confermare quali tariffe per le prestazioni di PMA quelle di cui alla DGR n. 851/2014 e quali tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie per lo screening delle coppie che ricorrono a tecniche di PMA e dei donatori di gameti quelle individuate dal nomenclatore tariffario di cui alla DGR n. 951/2013;
- prevedere, in riferimento alle prestazioni di cui sopra, la compartecipazione alla spesa nel rispetto della normativa regionale vigente in materia, precisando che per ciascun pacchetto di prestazioni individuato nei cicli di I, II e III livello di cui alla DGR n. 851/2014 è previsto il pagamento del ticket ove dovuto;
- prevedere l'esenzione dalla partecipazione alla spesa per i donatori di gameti relativamente alle prestazioni per test e screening per il controllo degli stessi, in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti;
- individuare quali Centri di PMA pubblici e privati che potranno erogare le prestazioni di PMA con oneri a carico del SSR i Centri di PMA che risulteranno autorizzati all'esercizio ai sensi del R.R. n.2/2014, iscritti nel registro nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, e che saranno accreditati a seguito di verifica del possesso degli ulteriori requisiti di qualità di cui alla DGR n. 233/2013 che ha recepito l'Accordo Stato - Regioni del 15 marzo 2012. A tal fine, il legale rappresentante del Centro di PMA presenta al Servizio Accredita-

mento e Programmazione Sanitaria - Ufficio Accreditamenti dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità apposita istanza di autorizzazione ed accreditamento. Per la verifica degli ulteriori requisiti di qualità ai fini dell'accreditamento il Dipartimento di Prevenzione, individuato ai sensi della legge regionale n.8/2004, deve essere integrato da un esperto in materia indicato dal Centro Regionale Trapianti;

- prevedere altresì che l'art. 22 della legge n. 45 del 30 dicembre 2013 che ha introdotto il contributo economico, a valere sul Fondo Sociale Regionale, per il sostegno alle famiglie che accedono alle tecniche di PMA, continuerà a produrre i propri effetti, fino alla data del 31 Marzo 2015, al fine consentire alle strutture interessate di portare a termine le prestazioni relative ai pazienti già presi in carico, nonché per poter concludere il processo di accreditamento che dovrà essere accordato necessariamente entro il suddetto termine - 31.3.2015.

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

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

Il presente provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

L'Assessore relatore propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per la relazione riportata in premessa che quivi si intende integralmente riportata

- di inserire le prestazioni di PMA omologa ed eterologa nel nomenclatore tariffario regionale vigente;

- di individuare i seguenti criteri di accesso al fine di erogare le prestazioni di PMA omologa ed eterologa con oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale:
  - l'età della donna, fino ai 43 anni non compiuti, ovvero fino a 42 anni 11 mesi e 29 giorni;
  - il numero di cicli di trattamento, fino a 3;
  - eventuali cicli effettuati in precedenza presso altre strutture pubbliche o private autorizzate all'esercizio con oneri a carico del SSN dovranno essere autocertificati dalla donna e concorrono al raggiungimento del numero massimo di cicli effettuabili;

- di confermare che l'art. 22 della legge n. 45 del 30 dicembre 2013 che ha introdotto il contributo economico, a valere sul Fondo Sociale Regionale, per il sostegno alle famiglie che accedono alle tecniche di PMA, continuerà a produrre i propri effetti, fino alla data del 31 Marzo 2015, al fine consentire alle strutture interessate di portare a termine le prestazioni relative ai pazienti già presi in carico, nonché per poter concludere il processo di accreditamento che dovrà essere accordato necessariamente entro il suddetto termine - 31.3.2015;

- di confermare quali tariffe per le prestazioni di PMA quelle di cui alla DGR n. 851/2014 e quali tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie per lo screening delle coppie che ricorrono a tecniche di PMA e dei donatori di gameti quelle individuate dal nomenclatore tariffario di cui alla DGR n. 951/2013;

- di prevedere, in riferimento alle prestazioni di cui sopra, la compartecipazione alla spesa nel rispetto della normativa regionale vigente in materia, precisando che per ciascun pacchetto di prestazioni individuato nei cicli di I, II e III livello di cui alla DGR n. 851/2014 è previsto il pagamento del ticket ove dovuto;

- di stabilire che per i donatori di gameti relativamente alle prestazioni per test e screening per il

controllo degli stessi, in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti, è prevista l'esenzione dalla partecipazione alla spesa;

- di individuare quali Centri di PMA pubblici e privati che potranno erogare le prestazioni di PMA con oneri a carico del SSR i Centri di PMA che risulteranno autorizzati all'esercizio ai sensi del R.R. n.2/2014, iscritti nel registro nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, e che saranno accreditati a seguito di verifica del possesso degli ulteriori requisiti di qualità di cui alla DGR n. 233/2013 che ha recepito l'Accordo Stato - Regioni del 15 marzo 2012;

- di stabilire che per la verifica degli ulteriori requisiti di qualità ai fini dell'accreditamento il Dipartimento di Prevenzione, individuato ai sensi della legge regionale n.8/2004, deve essere integrato da un esperto in materia indicato dal Centro Regionale Trapianti;

- di provvedere ad abrogare l'art. 22 della legge n. 45 del 30 dicembre 2013 che ha introdotto il contributo economico, a valere sul Fondo Sociale Regionale, per il sostegno alle famiglie che accedono alle tecniche di PMA;

- di notificare il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliero-Universitarie e ai Centri di PMA di I, II e III livello pubblici e privati, autorizzati all'esercizio ed iscritti nel Registro nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità;

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

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2832

Recepimento Intesa Stato Regione "Intesa sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 del 13.11.2014" rep. Atti 156/CSR. Approvazione documento Programmatico Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

L'Assessore al W elfare sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore e confermata dalla Dirigente ad interim del Servizio Program m azione Assistenza territorialee dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità,riferisce quanto segue:

L'articolo 8, com m a 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, prevede la possibilitàper ilGoverno di promuovere la stipula di Intese in sede di Conferenza Stato Regioni, dirette a favorire il conseguimento di obiettivicomuni tra Stato e Regioni

L'Intesa Stato Regioni del 10 luglio2014 concernente ilnuovo Patto per la salute 2014 -2016, all'articolo 17, com m a 1, conferma per gli anni 2014 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo1, com m a 1 del Patto,la destinazione di 200 milionidi euro annui,oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitarionazionale,ai sensi dell'articolo1, com m a 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni.

Le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e ilControllo delle Malattie (CC M) idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degliobiettivi previstidai Pianiregionalianche ai finidi cui all'articolo12 dell'Intesa 23 marzo 2005. A seguito di valutazione positiva deglistatidi avanzamento raggiunti,le Regioni accedono alle som m e vincolate al raggiungimento degliobiettividi Piano.

I criteriper la valutazione e la certificazione dei Piani Regionalimedesimi sono individuaticon apposito Accordo Stato Regioni entro il31 gennaio 2015.

In data 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha sottoscrittoilPiano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, rep. Atti 156/CSR, allegato 1 del presente atto a farne parte integrante.

L'intesa stabilisce che le Regioni, entro il31 dicembre 2014, devono recepire con apposita Delibera ilPiano nazionale dellaprevenzione 2014-2018, disponendo:

- di applicare,nella elaborazione del proprio PR P, la visione, iprincipi,le priorità, la struttura del PNP;
- la preliminare individuazione dei program mi regionali,ilpiù possibileintegratie trasversaliri-spetto ad obiettivie azioni,con iqualisi intende dare attuazione a tuttiimacro obiettivie a tuttigliobiettivicentrali;
- la definizione deglielementi (dicontesto, profilodi salute, trend dei fenomeni, continuitàcon quanto conseguito nel precedente PR P) funzionaliai program mi regionaliindividuati;
- la nomina del Coordinatore operativo regionale entro trenta giornidalla stipula dellasuccitata Intesa.

Per glianni 2014-2018, Regioni e Province autonome hanno destinato 200 milionidi euro per la completa attuazione del PN P, come già previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettividel Piano sanitarionazionale come approvatinell'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre.

Lo svincolo delle risorse è subordinato al raggiungimento degliobiettivifissatinel Piano della Prevenzione. Tale attività di valutazione, effettuata dal Ministero della Salute, avviene con modalità che comportano una disallineamento tra fase attuativa e disponibilitàdelle risorse econo miche, con le conseguenticriticità.

Tuttavia, va sottolineato che le attivitàpreviste nel Piano Regionale di Prevenzione riguardano, in tuttii casi, i LivelliEssenziali di Assistenza, ex DP C M 29 novembre 2001, per la cui realizzazione iDirettoriGeneralinon possono e non devono attendere glisvincolidelle risorse, pena ilblocco di attivitàessenzialiper la salvaguardia dellasalute del cittadino.

Pertanto, le Aziende SanitarieRegionalidevono garantiresia gliadempimentiorganizzativiche quelli strettamente connessi alla erogazioni delle prestazioni, con le risorse assegnate nell'ambito del ripartodel Fondo SanitarioNazionale.

Va evidenziato che negli anni la program m azione dei Piani regionali di prevenzioni si è rivelata un' opportunità di crescita culturale e professionale per moltioperatorisanitariche si sono avvicinatiin maniera sistematica ai temi e ai metodi della pianificazione; l'attuazione di program mi e interventimiratisul territorio,in un'otticadi collaborazione e integrazione con altre istituzioni, ha consentito di dare maggiore visibilità alle attività di prevenzione non solo all'interno delle Aziende sanitarie ma anche all'esterno, promuovendo una progressiva sensibilizzazione sui temi dellaprevenzione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 intende affermare ilruolo fondamentale della promozione della salute e della prevenzione, adottando un metodo *evidence based,* basato cioè sulla valutazione dell'efficacia degli interventimediante evidenze. Particolare attenzione viene rivolta ai fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, nonchè alle dinamiche demografiche e socio-econo miche che caratterizzano ilcontesto sociale attuale.In nuovo PN P intende, inoltre,adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alladiseguaglianze, in linea e in coerenza con la program m azione europea.

Diversamente che nel passato,ilPiano 2014-2018 fissa un numero limitatodi macro obiettividi salute misurabili,basatisu strategie e azioni*evidence based* in grado nel medio-lungo periodo di produrre un impatto sia in terminidi salute che di sistema, attraverso interventisostenibilie ordinari.

Le priorità di intervento:

- Ridurre ilcarico di malattia,mediante interventivoltialla riduzione di eventimorbosi e mortali,rafforzando ilcontributo da parte del SS N al sistema del welfare;
- Investire sul benessere dei giovani, prevedendo interventi,con un approccio olistico, tendentia promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stilidi vitacorretti;
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive, potenziando interventiroutinarinel campo della prevenzione oncologica, delle vaccinazioni e della salvaguardia dellasalute dei lavoratori,

- Focalizzare l'attenzione verso igruppi fragili,attraverso la lotta alle diseguaglianze e la messa a sistema di interventiper la prevenzione delladisabilità;
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente, promuovendo un rapporto sano tra icontestidi vitae di lavoro e l'ambiente stesso.

Al fine di rendere più efficacigliinterventida attuare in fase di attuazione del Piano, siritiene di grande importanza la progettazione e realizzazione di **campagne di sensibilizzazione e di comunicazione** multi-media e multi-target. La globalizzazione e la crescente attenzione ai problemi della salute, infatti,indicano sempre più la comunicazione come fondamentale strumento di percezione correttadei problemi,ed importante strumento per interventiefficacie di qualità.A tal punto che le strategie sanitarie internazionalipuntano spesso su "adeguate modalità di comunicazione che dovrebbero essere predisposte tra e nei confrontidi tutticoloro che collaborano alla realizzazione della prevenzione siano essi utenti ovvero esperti, ergonomi, biologi,chimici,fisici,psicologi,ingegneri,progettisti,medici igienistio competenti, espertidi manage m ent".

Riguardo al nostro paese si ricorda che già le Linee Guida del 2002 emanate dalla Conferenza Stato Regioni per "La prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività dei Dipartimentidi Prevenzione" stabiliscono "come occorra lavorare per obiettividi salute prioritari e tra glielementi caratterizzantila cultura della Sanità pubblica vi sono la comunicazione, la percezione del rischio oltre ad altri 'indicatori'quali assicurazione di qualità, revisione e miglioramento continuo della qualitàprofessionale,tecnologica e relazionale".E anche ilPiano sanitario nazionale appena approvato ha ribadito che per la prevenzione sanitaria e la promozione della salute occorre "sviluppare strategie per una comunicazione coerente ed efficace".

Il sistema vincente, secondo i maggiori esperti di comunicazione istituzionale, è quello di associarsie costruire alleanze tra ilsettore pubblico,quello privato,imedia, le organizzazioni sindacalie paritetiche e la società civileper creare azioni sostenibili,condivisibilied efficaciin campo epidemiologico,organizzativo,normativo e regolamentare.

Considerato che ilrecepimento del suddetto Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrale e sostanziale, è condizione necessaria per ilraggiungimento dell'obiettivofissato nell'Intesa del 13 novembre 2014.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dallastessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

L'Assessore relatore,sullabase dellerisultanze istruttoriecome innanziillustrate,propone alla-Giunta,ai sensi dellaL.R. n. 7/97 art.4,com m a 4, lettera d),l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttoree dal Dirigente del Servizio;

a votiunanimi espressinei modi di legge

DELIBERA

per quanto esposto nellarelazione in narrativa, che qui siintende integralmente riportata:

1. di fare propria la narrativa come riferitadall'Assessore proponente,

2. di recepire l'intesa Stato Regione "Intesa sulla proposta del Ministero della salute concernente ilPiano nazionale per la prevenzione per glianni 2014-2018" ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 del 13 novembre 2014, rep atti 156/CSR;

3. di nominare quale Coordinatore operativo regionale la Dirigente *pro tempore* del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, dott.ssa Giovanna Labate;

4. di approvare il documento di programmazione così come strutturato nell'Allegato 1 al presente provvedimento di cui forma parte integrale e sostanziale;

5. di stabilire che lo svincolo delle risorse finanziarie è soggetto al raggiungimento degli obiettivifissatinel Piano Regionale della Prevenzione, in modalità attuative e temporali concordi con quanto previsto dalla Conferenza Stato-Regione del 13 novembre 2014;

6. di stabilireche la realizzazione del Piano di Prevenzione, costituendo attivitàpreviste nei LEA, deve avvenire all'interno dei limiti delle risorse finanziarie messe a disposizione dal Governo attraverso il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, secondo le periodiche erogazioni effettuate da parte del Ministero dellaSalute;

7. di stabilireche entro 120 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, il Servizio PATP elabori il Piano Regionale di Prevenzione, da sottoporre alla Giunta per l'approvazione entro e non oltre il 31 maggio 2015, aventi le seguenti caratteristiche:
   - applicare la visione, i principi, le priorità, la struttura del PN P;
   - individuare program mi regionali il più possibile integrati e trasversalirispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivie a tutti gli obiettivi centrali.

8. conseguentemente, di autorizzare il Servizio PAT P dell'Assessorato alle Politiche della Salute ad assumere i provvedimenti dirigenziali derivanti dal presente provvedimento;

9. di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute, Dipartimento Generale della Prevenzione, per gli adempimenti consequenziali a cura del Servizio proponente;

10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

REGIONE
PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

Documento Programmatico del
Piano Regionale della Prevenzione
2014-2018

Indice generale dei contenuti

1 Premessa

2 Profilo di salute della popolazione pugliese

2.1 Indicatori demografici e struttura della popolazione

2.2 Mortalità

Fonti dei dati e metodi

2.2.1 Mortalità per tutte le cause

2.2.2 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

2.2.3 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

2.2.4 Mortalità per tutti i tumori

2.2.5 Mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni

2.2.6 Mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano

2.2.7 Mortalità per tumore maligno della mammella della donna

2.2.8 Mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina)

2.3 La Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza

2.3.1 Le disuguaglianze e le malattie croniche in Puglia

2.3.2 I servizi ADI - Assistenza domiciliare integrata

2.3.3 L'integrazione della Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza alla Persona e alle Comunità in Puglia

3 Esperienze del PRP 2010-13

3.1 Il PRP 2010-2012

Area Medicina Predittiva

3.1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio)

3.1.2 Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica

Area Prevenzione Universale

3.1.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

3.1.4 Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia

3.1.4.1.1 Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")

3.1.4.1.2 *Ambiente di vita sicuro*

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

3.1.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

3.1.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

3.1.7 Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP

3.1.8 Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004 di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare

3.1.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

3.1.10 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

3.1.11 Scuole in salute

3.1.12 Promozione dell'allattamento al seno

3.1.13 PROmuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)

3.1.14 Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia

Area Prevenzione della Popolazione a rischio

3.1.15 Tumori e screening

3.1.15.1.1 Tumore della mammella

3.1.15.1.2 Tumore della cervice

3.1.15.1.3 Tumore del colon-retto

3.1.16 Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari

3.1.17 Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze

3.1.18 Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).

3.1.19 Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia

3.1.20 Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori

3.1.20.1.1 Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni

3.1.20.1.2 Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete.

3.1.21 Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia

Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

3.1.22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

4 Analisi di contesto

4.1 Salute e stili di vita

4.1.1 Fonte dei dati: il metodo PASSI

Risultati, anno 2012

4.1.2 Alimentazione

4.1.3 Attività fisica

4.1.4 Fumo

4.1.5 Alcol

4.1.6 Ipertensione arteriosa

4.1.7 Ipercolesterolemia

4.1.8 Diabete

4.1.9 Sicurezza stradale

4.1.10 Sicurezza domestica

4.2 Salute e invecchiamento

Fonte dei dati: la sorveglianza epidemiologica PASSI d'Argento

Analisi dei dati, anno 2012

4.2.1 Alimentazione

4.2.2 Attività fisica

4.2.3 Alcol

4.2.4 Fumo

4.2.5 Depressione

4.2.6 Sicurezza nell'uso dei farmaci
4.2.7 Disabilità
4.2.7.1.1 Cadute e fratture
4.3 Sorveglianza delle dipendenza patologiche
Flusso dei dati
4.3.1 Risultati, anno 2011
4.3.1.1.1 Soggetti tossicodipendenti
4.3.1.1.2 Soggetti alcoldipendenti in carico
4.3.1.1.3 Soggetti dipendenti dal gambling
4.4 Promozione della Salute
4.4.1 Le caratteristiche dell"Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale
4.4.2 La struttura organizzativa del Protocollo d'Intesa
4.4.3 Finalità del GTI e del GIA
4.4.4 Il catalogo
4.4.5 Monitoraggio
4.4.6 Stato dell'arte e risultati del monitoraggio
4.5 Salute e Ambiente
Normativa
4.5.1 La realtà regionale
4.6 Sicurezza Alimentare
Contesto regionale e nazionale
L' evoluzione del sistema dei controlli
4.6.1 Il Piano Nazionale Integrato
4.6.1.1.1 *Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali*
4.6.1.1.2 Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali.
4.6.1.1.3 Anagrafe imprese alimentari.
4.6.1.1.4 Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali
4.6.1.1.5 Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti.
4.6.1.1.6 Programmazione e attuazione di un sistema di audit.
4.6.1.1.7 Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare.
4.6.1.1.8 Ottimizzazione dei flussi informativi.
4.7 Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro
4.8 Sicurezza chimica (REACH-CLP)
4.9 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
4.10 Sorveglianza delle malattie infettive e diffusive
4.11 Screening
4.11.1 Risultati

5 Comunicazione

6 Macro aree Regionali
6.1 Promozione della Salute
6.2 Salute e Ambiente
6.3 Sicurezza Alimentare
6.4 Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro
6.5 Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni
6.6 Screening
6.7 Sistemi di Sorveglianza

1 Premessa

Il presente documento, redatto in attuazione degli impegni sottoscritti dalle Regioni, nell'Intesa Stato-Regione del 13 novembre 2014, rappresenta il documento programmatico in base al quale verrà redatto il nuovo Piano Regionale di Prevenzione (PRP) della Regione Puglia per il periodo 2014-2018.

L'impostazione del nuovo Piano Nazionale evidenzia una visione molto "alta" degli obiettivi di salute da conseguire, ma nel contempo molto attenta ai contesti e alla sostenibilità ed efficacia degli interventi da realizzare; una visione definita per rispondere, fin dall'inizio, ad un possibile adeguamento delle azioni intraprese, funzionale ad una loro maggiore efficacia nel raggiungere gli obiettivi centrali. Obiettivi comuni che il Piano Nazionale identifica, lasciando alle Regioni la possibilità di identificare le strategie migliori per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito regionale. Analogamente, il nuovo PRP identificherà obiettivi comuni a tutte le aziende sanitarie lasciando la scelta e la gestione delle azioni (programmi) alla variabilità dei contesti territoriali.

La struttura del Piano 2014 -2018 identifica un numero contenuto di aree/linee di intervento declinabili all'interno dei PRP sotto forma di programmi. A tale scopo, il nuovo PRP si caratterizza per partire dall'identificazione dei fattori di rischio/determinanti e per lasciare l'identificazione delle popolazioni target al momento della programmazione aziendale. Tale scelta è innanzitutto mirata a rendere più cogente la relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati, ma è anche deliberatamente funzionale ad integrare in modo trasversale gli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione.

I principi

In coerenza con la visione della salute riconosciuta e condivisa a livello mondiale (la salute in tutte le politiche), il Piano 2010-2013 ha avviato un percorso di intersettorialità e di gestione complessiva degli interventi di prevenzione con un unico coordinamento centrale affidato al Dipartimento di prevenzione. Tale organizzazione ha investito non solo nelle aree tradizionali della prevenzione (universale, selettiva, secondaria) ma anche nella promozione della salute ovvero in quel processo orientato non a prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche ma a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza (empowerment) che mantenga o migliori il controllo della salute. Tuttavia, lo scorso Piano ha affrontato marginalmente il tema delle disuguaglianze di salute o, meglio, non si è dotato di un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze (sia nei principi sia negli strumenti operativi).

Il nuovo Piano pertanto, tenderà a rafforzare l'investimento nella promozione della salute che, ancorché guidato dal sistema sanitario, deve essere assunto nella competenza e responsabilità, con rispettivi ruoli e partecipazioni definiti, dei diversi attori/istituzioni chiamati a concorrere al conseguimento dei comuni obiettivi di salute, in un'ottica di intersettorialità ed integrazione necessarie ad assicurare l'applicazione di interventi efficaci su un elevato numero di soggetti.

Il nuovo Piano adotterà un criterio trasversale nell'elaborazione dei progetti/programmi dei PRP orientato a prevenire e ridurre le disuguaglianze di salute, ma anche a rafforzare sorveglianze ed altri sistemi di informazione che consentono di identificare chi è oggetto di disuguaglianze e in quale misura queste si modificano durante la realizzazione dei Piani.

La valutazione

La valutazione resta una componente irrinunciabile del Piano 2014 – 2018 con una duplice (e di pari importanza) validità: a fini certificativi (per la verifica degli adempimenti LEA), a fini "valutativi" per misurare l'impatto che il PRP genera sia nei processi sia negli esiti di salute sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale.

Il Piano regionale (e di conseguenza quelli aziendali), sarà accompagnato da un adeguato piano di valutazione agganciato agli obiettivi (e relativi indicatori) che si intenderanno perseguire a livello centrale e regionale.

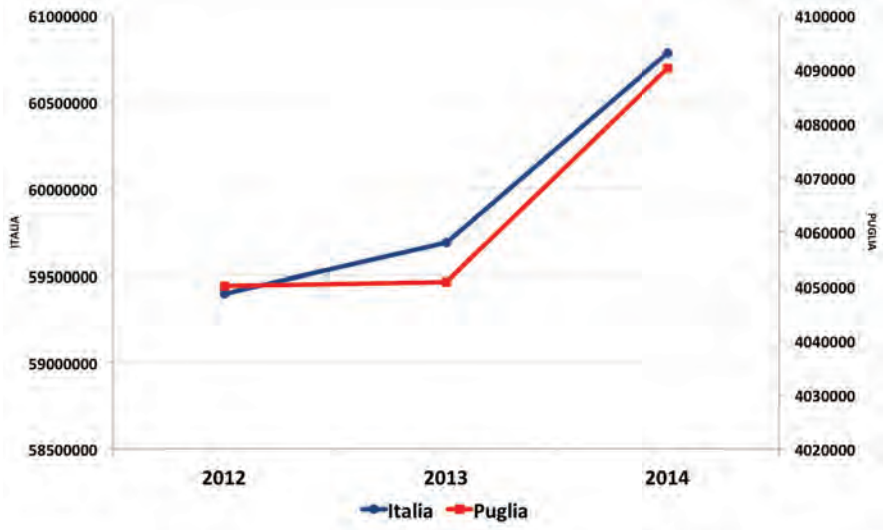
Il piano di valutazione sarà basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.

2 Profilo di salute della popolazione pugliese

2.1 Indicatori demografici e struttura della popolazione

La popolazione in Puglia al 1 gennaio 2014 è pari a 4.090.266 residenti, circa 39.463 in più rispetto all'anno precedente. Si conferma, pertanto, il trend positivo della popolazione residente dal 2012 al 2014, sostanzialmente speculare all'andamento nazionale (Grafico 1.1).

Grafico 1.1. Popolazione Italia e Puglia, anni 2012-2014 (rilevazione al 1° gennaio di ogni anno considerato).



Il tasso di crescita naturale, registrato negli ultimi 2 anni, è negativo, anche se in misura minore rispetto alle altre macroaree regionali, e va progressivamente riducendosi, in linea con il processo di invecchiamento che interessa l'intera nazione (Tabella 1.1).

Tabella 1.1. Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti) per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012-2013.

	2012			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Puglia	8,6	9,0	-0,4	4,2
Sud e Isole	8,9	9,7	-0,8	4,1
Centro	9,0	10,9	-1,9	3,4
Nord	9,0	10,5	-1,5	3,1
ITALIA	9,0	10,3	-1,3	3,5

	2013			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Puglia	8,3	8,8	-0,6	3,8
Sud e Isole	8,5	9,4	-0,9	3,8
Centro	8,6	10,4	-1,8	3,1
Nord	8,6	10,2	-1,7	2,8
ITALIA	8,5	10	-1,4	3,2

Tasso di natalità	Rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.
Tasso di mortalità	Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.
Tasso di crescita naturale	Differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.
Tasso di nuzialità	Rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.

Per gli anni 2012 e 2013 il tasso di crescita naturale risulta negativo in tutte le province a eccezione di Bari e Barletta-Andria-Trani, dove, tuttavia, si conferma il trend in riduzione già osservato a livello regionale e nazionale. Le province di Brindisi e Lecce si caratterizzano per il tasso di crescita più basso, rispettivamente nel 2012 e nel 2013. Da segnalare il trend in controtendenza per la provincia di Brindisi in cui si registra un aumento del tasso di crescita per il 2013 associato ad una diminuzione sia della mortalità sia della natalità, anche se quest'ultimo più contenuto (Tabella 1.2).

Tabella 1. 2. Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2012-2013.

	2012			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Bari	8,7	8,3	0,4	4,3
Brindisi	8,0	9,9	-1,9	4,0
BT	8,8	7,7	1,1	4,1
Foggia	8,9	9,4	-0,5	4,1
Lecce	8,2	9,9	-1,7	4,2
Taranto	8,8	9,2	-0,4	4,0
PUGLIA	8,6	9,0	-0,4	4,2

	2013			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Bari	8,4	8,3	0,1	3,8
Brindisi	8,1	9,5	-1,4	3,9
BT	8,4	7,6	0,8	3,9
Foggia	8,7	9,1	-0,4	3,5
Lecce	7,8	9,7	-1,9	3,8
Taranto	8,2	9,0	-0,7	3,6
PUGLIA	8,3	8,8	-0,6	3,8

In Puglia, la speranza di vita alla nascita negli anni 2012 e 2013 è aumentata sia per gli uomini che per le donne, mantenendosi in linea con il dato nazionale. Il dato disaggregato per province è disponibile solo per l'anno 2012 (Tabella 1.3 e Tabella 1.4).

Tabella 1.3. Speranza di vita alla nascita per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012-2013.

	Speranza di vita alla nascita			
	2012		2013*	
	M	F	M	F
Puglia	80,0	84,5	80,2	84,7
Sud e Isole	79,0	83,7	79,2	83,9

Centro	79,7	84,4	80,0	84,7
Nord	79,9	84,8	80,1	85,1
ITALIA	79,6	84,4	79,8	84,6

* Dato stimato.

Tabella 1.4. Speranza di vita alla nascita per compartimento geografico. Puglia, anni 2012.

	Speranza di vita alla nascita 2012	
	M	**F**
Bari	80,8	85,2
Brindisi	79,5	84,1
BT	80,4	84,2
Foggia	79,5	84,0
Lecce	80,0	84,7
Taranto	79,4	84,3
PUGLIA	80,0	84,5

L'analisi della struttura di una popolazione considera tre fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e oltre). Dal rapporto maggiore, equivalente o minore tra la popolazione giovane e anziana, una popolazione si può definire di tipo progressivo, stazionario o regressivo.

I dati relativi agli anni 2012-2013 (Tabella 1.5) evidenziano come la popolazione pugliese sia diventata di tipo regressivo con una quota di giovani che si è ridotta dello 0,1% e quella di anziani aumentata dello 0,5% tra i due anni; questi valori sono l'espressione di un processo di invecchiamento costante anche se più rapido rispetto all'Italia e alle altre macroaree regionali.

Tabella 1.5. Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per compartimento geografico. Puglia, anni 2012 - 2013.

	2012			2013		
	0-14	**15-64**	**≥65**	**0-14**	**15-64**	**≥65**
Puglia	14,6	66,4	19,0	14,5	66,1	19,5
Sud e Isole	14,7	66,6	18,7	14,6	66,4	19,1
Centro	13,4	64,6	22,0	13,4	64,2	22,4
Nord	13,8	64,3	22,0	13,8	64,0	22,3
ITALIA	14,0	65,2	20,8	14,0	64,8	21,2

Il confronto della distribuzione per fasce d'età nelle province pugliesi per gli anni 2012 e 2013 mostra un dato sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale, con una quota maggiore di soggetti più anziani nelle province di Brindisi e Lecce (Tabella 1.6).

Tabella 1.6. Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2012-2013.

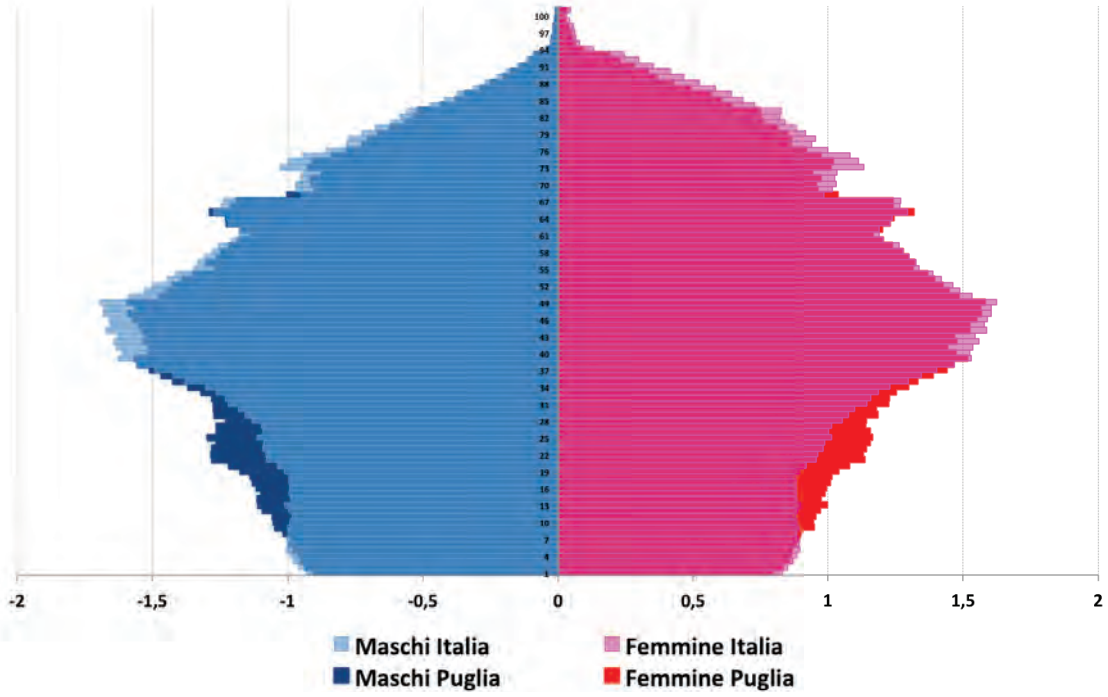
	2012			2013		
	0-14	**15-64**	**≥65**	**0-14**	**15-64**	**≥65**
Bari	14,6	67	18,4	14,4	66,7	18,9
Brindisi	13,9	66,3	19,8	13,8	66,1	20,1
BT	16,3	67,3	16,5	16,0	67,2	16,9
Foggia	15,5	65,7	18,9	15,2	65,6	19,2
Lecce	13,7	65,2	21,1	13,6	64,9	21,5

Taranto	14,5	66,6	18,9	14,4	66,2	19,4
PUGLIA	14,6	66,4	19,0	14,5	66,1	19,5

La piramide dell'età (Grafico 1.2) mostra la distribuzione per sesso e per età della popolazione italiana e pugliese per l'anno 2013. In merito alla distribuzione per sesso, nella piramide italiana si osserva una maggiore proporzione degli uomini da 0 a 60 anni, oltre tale età sono prevalenti le donne. In Puglia la distribuzione per sesso si discosta leggermente da quella italiana, poiché la superiorità numerica dei maschi rispetto alle femmine si osserva fino ai 45 anni di età.

Per quanto riguarda la distribuzione per età, si può notare come la popolazione tra 6 e 35 anni risulti più rappresentata nella nostra Regione rispetto alla media della nazione. Nelle prime fasce d'età (0-5 anni), invece, la proporzione dei bambini pugliesi è inferiore a quella nazionale, a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra Regione. La quota di soggetti tra i 35 e 65 anni e di ultrasessantacinquenni, invece, si mantiene maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile.

Grafico 1.2. Piramide dell'età Italia e Puglia. Situazione al 1° gennaio 2013.



Il confronto dell'indice di vecchiaia pugliese con il dato nazionale, relativamente agli ultimi due anni, evidenzia che la Puglia sembra invecchiare più velocemente dell'Italia; infatti l'indice di vecchiaia è aumentato in Italia di 2,8 punti percentuali e in Puglia ha registrato un aumento quasi due volte superiore (4,3%). Contestualmente si osserva un graduale aumento dell'età media della popolazione (Tabella 1.7).

Tabella 1.7. Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012 - 2013.

	2012			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	età media della popolazione
Puglia	50,7	28,7	130,3	42,4
Sud e Isole	50,1	28	127,1	42,2
Centro	54,8	34	164,1	44,7
Nord	55,6	34,2	159,5	44,6
ITALIA	53,5	32	148,6	43,8

	2013			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Puglia	51,3	29,4	134,6	42,7
Sud e Isole	50,7	28,8	131,1	42,5
Centro	55,7	34,8	166,4	44,9
Nord	56,4	34,8	161,4	44,8
ITALIA	54,2	32,7	151,4	44,0

Indice di vecchiaia	Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.
Indice di dipendenza strutturale	Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Dall'analisi dei dati disaggregati per provincia si osservano valori più elevati dell'indice di vecchiaia per le province di Brindisi e Lecce, peraltro maggiori, rispettivamente del 13% e 24% rispetto al valore medio regionale (Tabella 1.8).

Tabella 1.8. Indicatori di struttura della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2012 - 2013.

	2012			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Bari	49,2	27,5	126,5	42,3
Brindisi	50,8	29,9	143,1	43,0
BT	48,7	24,5	100,9	40,5
Foggia	52,3	28,8	122,2	41,9
Lecce	53,3	32,3	154,2	43,7
Taranto	50,1	28,4	130,7	42,4
PUGLIA	50,7	28,7	130,3	42,4

	2013			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Bari	50	28,4	131,2	42,6
Brindisi	51,3	30,5	146,3	43,3
BT	48,9	25,1	105,6	40,9
Foggia	52,4	29,2	126,0	42,2
Lecce	54	33,1	158,3	44,0
Taranto	51	29,3	135,3	42,7
PUGLIA	51,3	29,4	134,6	42,7

La Puglia è tra le regioni con un tasso migratorio interno di segno negativo, anche se il valore tende ad aumentare negli anni 2012 – 2013, passando da -3,0 a -2,1 per 1.000 abitanti (Tabella 1.9). Ciò sta ad indicare una mobilità che sta diminuendo. Anche il tasso migratorio con l'estero, che si mantiene positivo, registra una diminuzione.

La situazione regionale è in linea con il dato registrato nelle altre regioni del Sud Italia, mentre si discosta nettamente dalle regioni del Centro-Nord dove entrambi questi indicatori si attestano su valori positivi e più elevati.

La provincia che presenta un saldo migratorio interno negativo di maggiore entità in entrambi gli anni considerati è quella di Foggia. Il tasso migratorio con l'estero mostra una riduzione tra il 2012 e il 2013 che interessa tutte le province pugliesi (Tabella 1.10).

Tabella 1.9. Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012 - 2013.

	2012		
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Puglia	-3,0	2,0	0,6
Sud e Isole	-2,6	2,4	1,4
Centro	2,4	6,5	9,6
Nord	1,4	4,4	8,4
ITALIA	0,2	4,1	6,2

	2013		
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Puglia	-2,1	1,4	10,2
Sud e Isole	-2,5	1,9	15,6
Centro	0,9	4,2	34,6
Nord	1,1	3,3	16,2
ITALIA	-0,2	3	19,7

Tabella 1.10. Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2012 - 2013.

	2012		
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Bari	-3,2	1,9	-0,8
Brindisi	-1,8	1,9	0,3
BT	-2,4	1,8	0,7
Foggia	-4,5	3,3	4,6

Lecce	-1,9	1,6	1,7
Taranto	-3,8	1,6	-2,1
PUGLIA	-3,0	2,0	0,6

	2013		
	Tasso migratorio interno	**Tasso migratorio con l'estero**	**Tasso migratorio totale**
Bari	-2,1	1,4	12,4
Brindisi	-1,6	1,0	5,9
BT	-1,6	1,2	2,5
Foggia	-3,7	2,5	11,7
Lecce	-1,1	1,0	9,4
Taranto	-2,6	1,1	13,5
PUGLIA	-2,1	1,4	10,2

Tasso migratorio interno	Rapporto tra il saldo migratorio interno dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio con l'estero	Rapporto tra il saldo migratorio con l'estero dell'anno e i residenti, per 1.000.
Tasso migratorio per altri motivi	Rapporto tra il saldo migratorio dovuto ad altri motivi dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio totale	Rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.

2.2 Mortalità

Fonti dei dati e metodi

Per la valutazione epidemiologica della mortalità nelle ASL della Regione Puglia sono stati analizzati i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) relativamente al periodo 2001-2010.

L'analisi è stata eseguita considerando la mortalità per tutte le cause nei territori in esame e quindi analizzando i seguenti blocchi di patologie, attraverso la selezione dei rispettivi codici ICD-9-CM nel campo "causa principale di decesso":

- Tutti i tumori (140.x-239.x)
- Malattie del sistema circolatorio (390-459.x)
- Malattie dell'apparato respiratorio (460-519.x)

Sono state analizzate nel dettaglio le seguenti patologie:

- Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (162.x)
- Tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano (153-154.8)
- Tumori maligni della mammella della donna (174.x)
- Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina) (180.x)

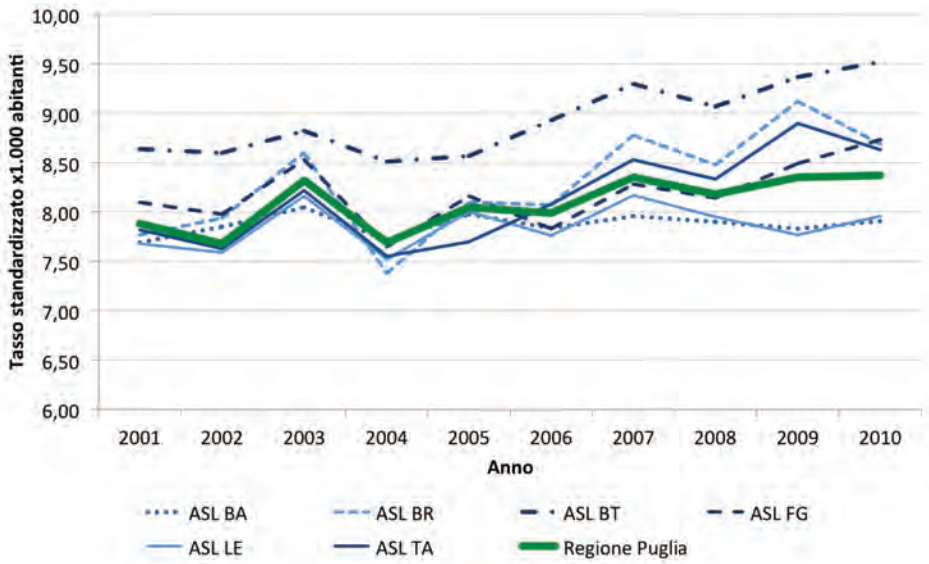
Per il calcolo dei tassi di mortalità (per 1.000 residenti) standardizzati per età e sesso è stata utilizzata come popolazione di riferimento quella regionale relativa all'anno corrispondente a quello in esame (Fonte dati di popolazione: ISTAT).

Sono stati inoltre calcolati i rapporti standardizzati di mortalità (RSM), che rappresentano il rapporto tra numero di casi di decesso osservati e numero di casi attesi ed esprimono l'eccesso (RSM>1) o il difetto (RSM<1) di mortalità esistente tra la popolazione osservata e la popolazione regionale, presa come riferimento.

2.2.1 Mortalità per tutte le cause

Il tasso di mortalità per tutte le cause standardizzato per età e sesso nelle ASL pugliesi risulta in lieve ma costante incremento nel periodo 2001-2010 (Grafico 2.2.1). I tassi più elevati si osservano nell'ASL BT.

Grafico 2.2.1. Tasso di mortalità per tutte le cause, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



I rapporti standardizzati di mortalità risultano essere costantemente intorno all'unità, pertanto sono esclusi cluster di eccesso di mortalità per tutte le cause (Tabella 2.2.1).

Tabella 2.2.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tutte le cause. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	4.813	5.006	0,96	4.550	4.559	1,00	9.363	9.565	0,98
2002	4.857	4.949	0,98	4.696	4.611	1,02	9.553	9.560	1,00

2003	4.936	5.215	0,95	4.851	4.874	1,00	9.787	10.089	0,97
2004	4.802	4.866	0,99	4.565	4.451	1,03	9.367	9.317	1,01
2005	4.868	5.009	0,97	4.821	4.750	1,01	9.689	9.759	0,99
2006	4.836	4.982	0,97	4.690	4.703	1,00	9.526	9.685	0,98
2007	4.849	5.157	0,94	4.831	4.974	0,97	9.680	10.131	0,96
2008	4.792	5.071	0,95	4.819	4.863	0,99	9.611	9.934	0,97
2009	4.661	5.122	0,91	4.864	5.015	0,97	9.525	10.137	0,94
2010	4.758	5.157	0,92	4.866	5.025	0,97	9.624	10.182	0,95

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.686	1.677	1,01	1.596	1.644	0,97	3.282	3.321	0,99
2002	1.680	1.659	1,01	1.680	1.666	1,01	3.360	3.325	1,01
2003	1.841	1.751	1,05	1.804	1.764	1,02	3.645	3.515	1,04
2004	1.660	1.636	1,02	1.467	1.614	0,91	3.127	3.250	0,96
2005	1.704	1.686	1,01	1 732	1.723	1,01	3.436	3.409	1,01
2006	1.766	1.677	1,05	1.660	1.706	0,97	3.426	3.383	1,01
2007	1.862	1.734	1,07	1.869	1.805	1,04	3.731	3.539	1,05
2008	1.791	1.705	1,05	1.809	1.765	1,03	3.600	3.470	1,04
2009	1.889	1.722	1,10	1.985	1.819	1,09	3.874	3.541	1,09
2010	1.819	1.733	1,05	1.875	1.823	1,03	3.694	3.556	1,04

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.521	1.418	1,07	1.402	1.240	1,13	2.923	2.658	1,10
2002	1.523	1.401	1,09	1.383	1.254	1,10	2.906	2.655	1,09
2003	1.511	1.473	1,03	1.463	1.323	1,11	2.974	2.796	1,06
2004	1.442	1.377	1,05	1.428	1.211	1,18	2.870	2.588	1,11
2005	1.521	1.413	1,08	1.360	1.289	1,06	2.881	2.702	1,07
2006	1.504	1.404	1,07	1.498	1.275	1,18	3.002	2.679	1,12
2007	1.588	1.452	1,09	1.535	1.347	1,14	3.123	2.799	1,12
2008	1.532	1.426	1,07	1.513	1.315	1,15	3.045	2.741	1,11
2009	1.569	1.439	1,09	1.573	1.355	1,16	3.142	2.794	1,12
2010	1.654	1.447	1,14	1.536	1.358	1,13	3.190	2.805	1,14

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	2.814	2.628	1,07	2.472	2.499	0,99	5.286	5.127	1,03
2002	2.686	2.601	1,03	2.527	2.532	1,00	5.213	5.133	1,02

2003	2.930	2.745	1,07	2.650	2.680	0,99	5.580	5.425	1,03
2004	2.616	2.563	1,02	2.382	2.449	0,97	4.998	5.012	1,00
2005	2.733	2.643	1,03	2.608	2.617	1,00	5.341	5.260	1,02
2006	2.636	2.629	1,00	2.495	2.591	0,96	5.131	5.220	0,98
2007	2.751	2.721	1,01	2.680	2.743	0,98	5.431	5.464	0,99
2008	2.758	2.676	1,03	2.582	2.682	0,96	5.340	5.358	1,00
2009	2.809	2.705	1,04	2.766	2.766	1,00	5.575	5.471	1,02
2010	2.855	2.722	1,05	2.880	2.772	1,04	5.735	5.494	1,04

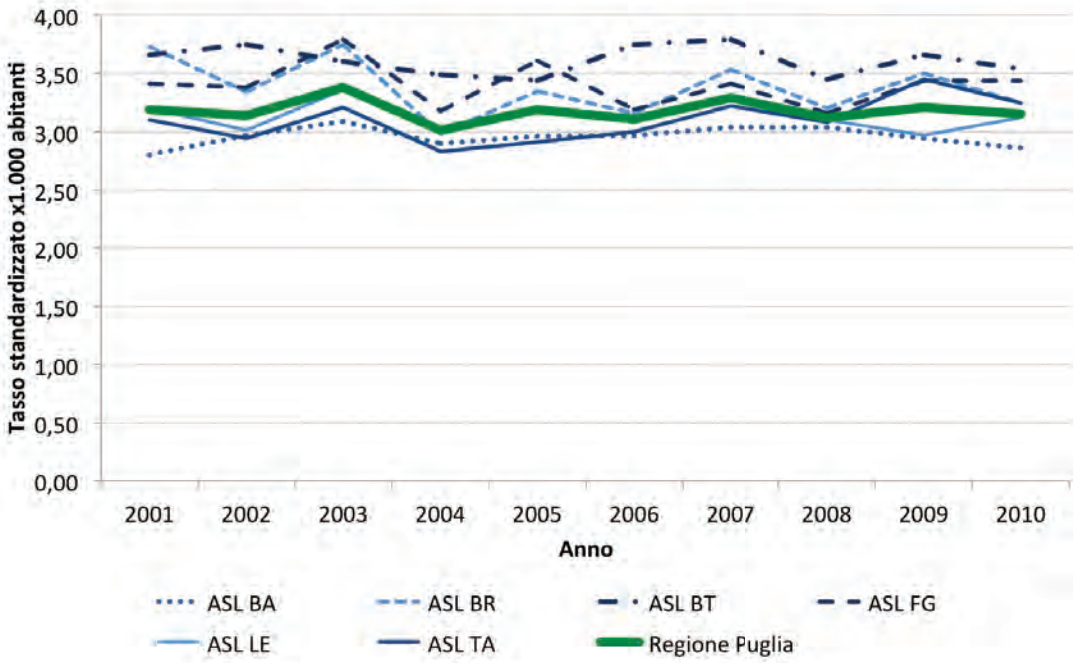
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	3.382	3.406	0,99	3.297	3.432	0,96	6.679	6.838	0,98
2002	3.332	3.368	0,99	3.277	3.472	0,94	6.609	6.840	0,97
2003	3.568	3.553	1,00	3.538	3.670	0,96	7.106	7.223	0,98
2004	3.283	3.319	0,99	3.263	3.353	0,97	6.546	6.672	0,98
2005	3.456	3.413	1,01	3.514	3.582	0,98	6.970	6.995	1,00
2006	3.338	3.392	0,98	3.421	3.546	0,96	6.759	6.938	0,97
2007	3.496	3.502	1,00	3.618	3.751	0,96	7.114	7.253	0,98
2008	3.420	3.439	0,99	3.499	3.667	0,95	6.919	7.106	0,97
2009	3.343	3.470	0,96	3.413	3.780	0,90	6.756	7.250	0,93
2010	3.452	3.486	0,99	3.466	3.787	0,92	6.918	7.273	0,95

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	2.281	2.361	0,97	2.183	2.127	1,03	4.464	4.488	0,99
2002	2.234	2.335	0,96	2.123	2.151	0,99	4.357	4.486	0,97
2003	2.411	2.461	0,98	2.276	2.271	1,00	4.687	4.732	0,99
2004	2.259	2.301	0,98	2.055	2.082	0,99	4.314	4.383	0,98
2005	2.250	2.366	0,95	2.141	2.216	0,97	4.391	4.582	0,96
2006	2.357	2.353	1,00	2.247	2.191	1,03	4.604	4.544	1,01
2007	2.453	2.432	1,01	2.403	2.315	1,04	4.856	4.747	1,02
2008	2.415	2.391	1,01	2.329	2.259	1,03	4.744	4.650	1,02
2009	2.600	2.414	1,08	2.461	2.327	1,06	5.061	4.741	1,07
2010	2.435	2.428	1,00	2.471	2.330	1,06	4.906	4.758	1,03

2.2.2 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Il tasso standardizzato di mortalità per patologie del sistema circolatorio nei *setting* territoriali considerati risulta essere globalmente costante negli anni 2002-2010; i tassi più elevati si osservano nell'ASL BT (Grafico 2.3.1).

Grafico 2.3.1. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato circolatorio, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM per le ASL non si discostano significativamente dall'unità e quindi non sono indicativi di un eccesso di decessi (Tabella 2.3.1).

Tabella 2.3.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per malattie dell'apparato circolatorio. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.545	1.808	0,85	1.853	2.070	0,89	3.398	3.878	0,88
2002	1.651	1.725	0,96	1.948	2.085	0,93	3.599	3.810	0,94
2003	1.691	1.877	0,90	2.052	2.232	0,92	3.743	4.109	0,91
2004	1.567	1.665	0,94	1.943	1.993	0,98	3.510	3.658	0,96
2005	1.606	1.751	0,92	1.985	2.119	0,94	3.591	3.870	0,93
2006	1.596	1.680	0,95	2.008	2.101	0,96	3.604	3.781	0,95
2007	1.637	1.801	0,91	2.051	2.198	0,93	3.688	3.999	0,92
2008	1.642	1.700	0,97	2.048	2.097	0,98	3.690	3.797	0,97
2009	1.539	1.710	0,90	2.036	2.194	0,93	3.575	3.904	0,92
2010	1.519	1.726	0,88	1.960	2.118	0,93	3.479	3.844	0,91

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi	N° decessi	RSM	N° decessi	N° decessi	RSM	N° decessi	N° decessi	RSM

	osservati	attesi		osservati	attesi		osservati	attesi	
2001	751	607	1,24	836	753	1,11	1.587	1.360	1,17
2002	617	580	1,06	807	760	1,06	1.424	1.340	1,06
2003	713	632	1,13	889	814	1,09	1.602	1.446	1,11
2004	572	561	1,02	702	729	0,96	1.274	1.290	0,99
2005	629	591	1,07	805	775	1,04	1.434	1.366	1,05
2006	577	566	1,02	775	768	1,01	1.352	1.334	1,01
2007	683	607	1,13	828	803	1,03	1.511	1.410	1,07
2008	604	572	1,06	764	766	1,00	1.368	1.338	1,02
2009	658	576	1,14	840	801	1,05	1.498	1.377	1,09
2010	613	580	1,06	777	773	1,00	1.390	1.353	1,03

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	577	505	1,14	639	555	1,15	1.216	1.060	1,15
2002	573	482	1,19	668	559	1,20	1.241	1.041	1,19
2003	545	524	1,04	648	598	1,08	1.193	1.122	1,06
2004	518	465	1,12	636	535	1,19	1.154	1.000	1,16
2005	538	487	1,10	600	567	1,06	1.138	1.054	1,08
2006	545	468	1,17	693	562	1,23	1.238	1.030	1,20
2007	573	500	1,15	680	588	1,16	1.253	1.088	1,15
2008	511	472	1,08	626	560	1,12	1.137	1.032	1,10

Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.218	1.224	1,00	1.589	1.574	1,01	2.807	2.798	1,00
2002	1.106	1.171	0,95	1.531	1.585	0,97	2.637	2.756	0,96
2003	1.241	1.272	0,98	1.701	1.695	1,00	2.942	2.967	0,99
2004	1.136	1.130	1,01	1.513	1.514	1,00	2.649	2.644	1,00
2005	1.163	1.186	0,98	1.647	1.611	1,02	2.810	2.797	1,00
2006	1.112	1.135	0,98	1.588	1.597	0,99	2.700	2.732	0,99
2007	1.189	1.215	0,98	1.702	1.669	1,02	2.891	2.884	1,00
2008	1.063	1.144	0,93	1.651	1.592	1,04	2.714	2.736	0,99
2009	1.063	1.149	0,93	1.532	1.665	0,92	2.595	2.814	0,92
2010	1.186	1.156	1,03	1.538	1.608	0,96	2.724	2.764	0,99
2009	538	475	1,13	669	585	1,14	1.207	1.060	1,14
2010	540	478	1,13	628	565	1,11	1.168	1.043	1,12

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM

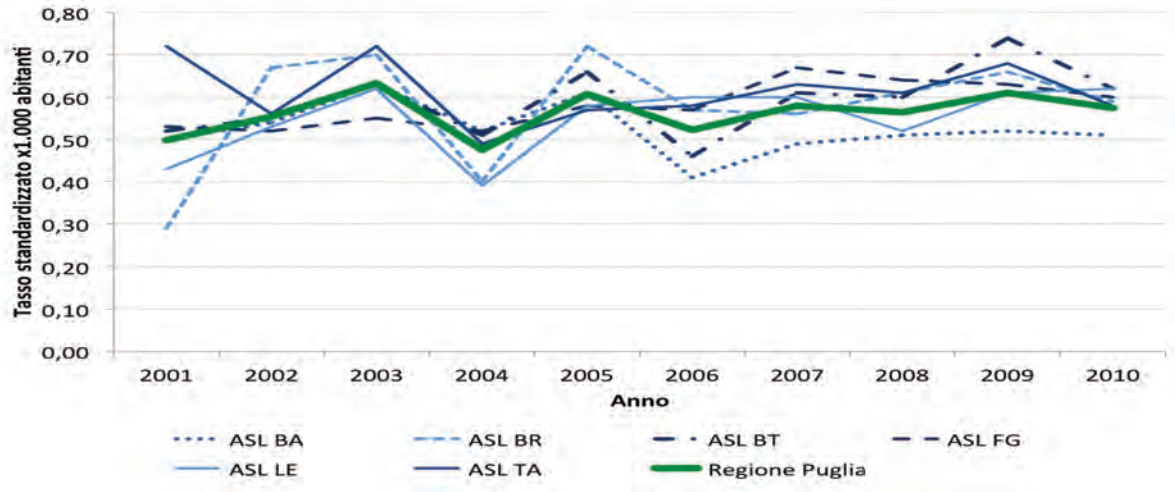
2001	1.065	953	1,12	1.175	1.147	1,02	2.240	2.100	1,07
2002	1.018	911	1,12	1.210	1.158	1,04	2.228	2.069	1,08
2003	1.176	992	1,19	1.321	1.241	1,06	2.497	2.233	1,12
2004	951	881	1,08	1.148	1.110	1,03	2.099	1.991	1,05
2005	1.080	928	1,16	1.301	1.180	1,10	2.381	2.108	1,13
2006	936	890	1,05	1.170	1.171	1,00	2.106	2.061	1,02
2007	1.016	954	1,07	1.240	1.225	1,01	2.256	2.179	1,04
2008	962	901	1,07	1.126	1.168	0,96	2.088	2.069	1,01
2009	965	907	1,06	1.314	1.223	1,07	2.279	2.130	1,07
2010	965	915	1,06	1.314	1.181	1,11	2.279	2.096	1,09

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	791	850	0,93	964	956	1,01	1.755	1.806	0,97
2002	715	811	0,88	946	962	0,98	1.661	1.773	0,94
2003	813	883	0,92	998	1.029	0,97	1.811	1.912	0,95
2004	742	784	0,95	860	922	0,93	1.602	1.706	0,94
2005	751	824	0,91	893	978	0,91	1.644	1.802	0,91
2006	762	790	0,97	931	967	0,96	1.693	1.757	0,96
2007	825	846	0,98	992	1.011	0,98	1.817	1.857	0,98
2008	806	798	1,01	929	962	0,97	1.735	1.760	0,99
2009	857	803	1,08	1.083	1.005	1,08	1.940	1.808	1,07
2010	800	808	0,99	1.027	970	1,06	1.827	1.778	1,03

2.2.3 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

Il tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio risulta essere abbastanza variabile in tutti i *setting* territoriali considerati; globalmente il dato regionale rivela un piccolo aumento nel periodo di esame (Grafico 2.4.1).

Grafico 2.4.1. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM sono molto variabili anno per anno ma non sono globalmente indicativi di eccessi di mortalità (Tabella 2.4.1).

Tabella 2.4.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	359	361	0,99	247	248	1,00	606	609	1,00
2002	394	421	0,94	269	255	1,05	663	676	0,98
2003	457	462	0,99	308	310	0,99	765	772	0,99
2004	407	375	1,08	234	204	1,14	641	579	1,11
2005	407	442	0,92	336	299	1,13	743	741	1,00
2006	304	397	0,77	197	240	0,82	501	637	0,79
2007	379	445	0,85	215	261	0,82	594	706	0,84
2008	362	410	0,88	259	278	0,93	621	688	0,90
2009	378	456	0,83	254	290	0,88	632	746	0,85
2010	382	426	0,90	236	275	0,86	618	701	0,88

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	62	122	0,51	60	90	0,67	122	212	0,58
2002	186	142	1,31	99	93	1,07	285	235	1,21
2003	164	156	1,05	132	113	1,17	296	269	1,10
2004	114	127	0,90	54	75	0,72	168	202	0,83
2005	175	150	1,17	130	109	1,19	305	259	1,18
2006	161	134	1,20	81	88	0,92	242	222	1,09
2007	160	151	1,06	79	95	0,83	239	246	0,97
2008	162	138	1,17	98	102	0,97	260	240	1,08
2009	154	154	1,00	127	106	1,20	281	260	1,08
2010	152	144	1,06	100	100	1,00	252	244	1,03

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	104	100	1,04	69	66	1,04	173	166	1,04
2002	109	117	0,93	76	69	1,11	185	186	1,00
2003	126	128	0,98	83	83	1,00	209	211	0,99
2004	115	104	1,11	54	55	0,98	169	159	1,06
2005	140	122	1,15	80	80	1,00	220	202	1,09
2006	92	110	0,84	63	65	0,98	155	175	0,89
2007	132	123	1,07	73	70	1,04	205	193	1,06
2008	115	113	1,02	84	74	1,13	199	187	1,06

2009	137	126	1,09	111	77	1,43	248	203	1,22
2010	127	117	1,08	79	73	1,08	206	190	1,08

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	205	192	1,07	145	137	1,06	350	329	1,06
2002	204	224	0,91	137	142	0,97	341	366	0,93
2003	198	246	0,81	168	172	0,98	366	418	0,88
2004	215	200	1,07	131	114	1,15	346	314	1,10
2005	223	236	0,95	159	166	0,96	382	402	0,95
2006	198	212	0,93	181	134	1,35	379	346	1,10
2007	261	238	1,10	183	145	1,26	444	383	1,16
2008	237	218	1,09	189	155	1,22	426	373	1,14
2009	254	243	1,05	164	161	1,02	418	404	1,03
2010	231	227	1,02	169	153	1,10	400	380	1,05

Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	220	244	0,90	151	188	0,80	371	432	0,86
2002	293	286	1,02	169	193	0,88	462	479	0,96
2003	323	313	1,03	210	235	0,90	533	548	0,97
2004	205	254	0,81	128	155	0,83	333	409	0,81
2005	315	300	1,05	183	226	0,81	498	526	0,95
2006	343	268	1,28	174	182	0,96	517	450	1,15
2007	306	301	1,02	212	198	1,07	518	499	1,04
2008	268	275	0,97	177	211	0,84	445	486	0,91
2009	338	306	1,10	184	220	0,84	522	526	0,99
2010	319	286	1,12	214	209	1,03	533	495	1,08

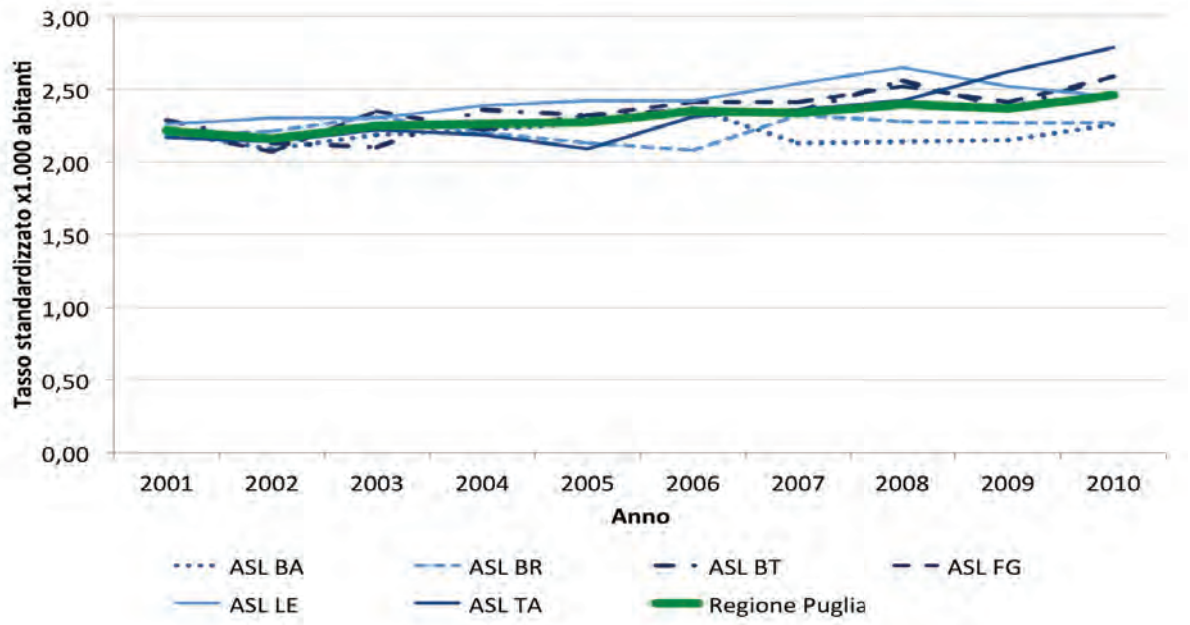
Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	237	169	1,40	171	114	1,50	408	283	1,44
2002	202	198	1,02	119	118	1,01	321	316	1,02
2003	253	216	1,17	153	142	1,08	406	358	1,13
2004	181	176	1,03	96	94	1,02	277	270	1,02
2005	197	208	0,95	129	137	0,94	326	345	0,95
2006	209	186	1,12	123	111	1,11	332	297	1,12
2007	229	209	1,10	129	120	1,07	358	329	1,09
2008	203	192	1,06	141	128	1,10	344	320	1,08

2009	237	213	1,11	147	133	1,11	384	346	1,11
2010	189	199	0,95	139	126	1,10	328	325	1,01

2.2.4 Mortalità per tutti i tumori

Il tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori risulta lievemente in aumento a livello regionale nel periodo di studio(Grafico 2.5.1).

Grafico 2.5.1. Tasso di mortalità per tutti i tumori, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



In tutti i *setting*, gli RSM sono intorno all'unità e pertanto possono essere esclusi eccessi significativi di mortalità (Tabella 2.5.1).

Tabella 2.5.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tutti i tumori. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.575	1.617	0,97	1.100	1.080	1,02	2.675	2.697	0,99
2002	1.491	1.561	0,96	1.056	1.065	0,99	2.547	2.626	0,97
2003	1.570	1.644	0,96	1.093	1.091	1,00	2.663	2.735	0,97
2004	1.572	1.646	0,96	1.128	1.106	1,02	2.700	2.752	0,98
2005	1.602	1.635	0,98	1.159	1.129	1,03	2.761	2.764	1,00
2006	1.706	1.729	0,99	1.172	1.126	1,04	2.878	2.855	1,01
2007	1.498	1.673	0,90	1.098	1.165	0,94	2.596	2.838	0,91
2008	1.522	1.736	0,88	1.079	1.182	0,91	2.601	2.918	0,89
2009	1.469	1.701	0,86	1.153	1.181	0,98	2.622	2.882	0,91
2010	1.564	1.742	0,90	1.190	1.250	0,95	2.754	2.992	0,92

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	530	544	0,98	385	384	1,00	915	928	0,99
2002	527	525	1,00	399	379	1,05	926	904	1,02
2003	574	554	1,04	395	388	1,02	969	942	1,03
2004	556	555	1,00	369	395	0,93	925	950	0,97
2005	505	552	0,91	389	403	0,96	894	955	0,94
2006	549	584	0,94	325	402	0,81	874	986	0,89
2007	555	564	0,98	419	417	1,00	974	981	0,99
2008	557	586	0,95	403	423	0,95	960	1.009	0,95
2009	539	574	0,94	415	422	0,98	954	996	0,96
2010	530	588	0,90	426	447	0,95	956	1.035	0,92

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	475	461	1,03	310	300	1,03	785	761	1,03
2002	445	444	1,00	287	296	0,97	732	740	0,99
2003	419	467	0,90	302	303	1,00	721	770	0,94
2004	474	468	1,01	335	307	1,09	809	775	1,04
2005	473	464	1,02	321	313	1,03	794	777	1,02
2006	471	491	0,96	337	312	1,08	808	803	1,01
2007	459	475	0,97	343	323	1,06	802	798	1,01
2008	499	492	1,02	374	327	1,14	873	819	1,07
2009	469	481	0,97	340	327	1,04	809	808	1,00
2010	498	493	1,01	387	346	1,12	885	839	1,06

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	868	844	1,03	555	578	0,96	1.423	1.422	1,00
2002	778	816	0,95	556	570	0,98	1.334	1.386	0,96
2003	919	861	1,07	596	584	1,02	1.515	1.445	1,05
2004	872	863	1,01	559	593	0,94	1.431	1.456	0,98
2005	869	859	1,01	628	607	1,04	1.497	1.466	1,02
2006	957	908	1,05	596	605	0,98	1.553	1.513	1,03
2007	918	878	1,05	636	627	1,01	1.554	1.505	1,03
2008	959	912	1,05	666	636	1,05	1.625	1.548	1,05
2009	953	894	1,07	606	635	0,95	1.559	1.529	1,02
2010	967	916	1,06	709	673	1,05	1.676	1.589	1,05

Anni	ASL Lecce

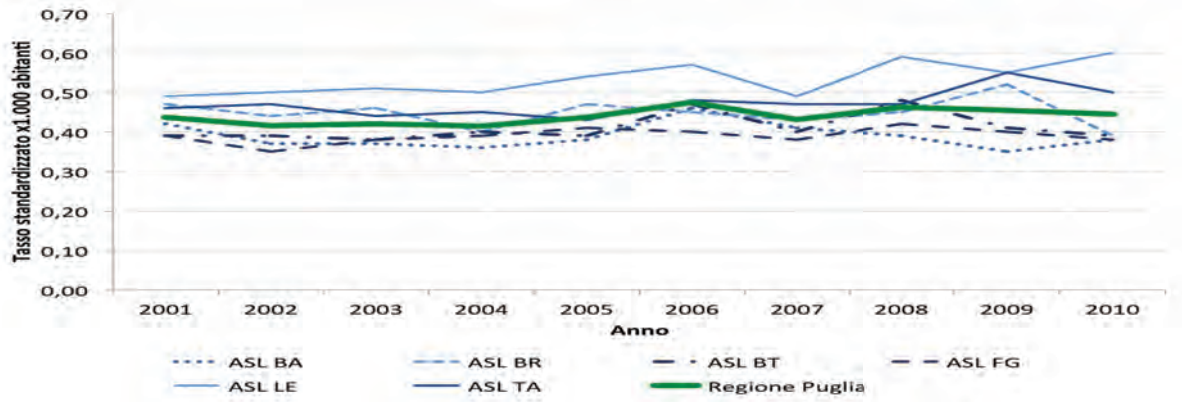
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.164	1.122	1,04	795	802	0,99	1.959	1.924	1,02
2002	1.190	1.080	1,10	805	791	1,02	1.995	1.871	1,07
2003	1.199	1.140	1,05	792	809	0,98	1.991	1.949	1,02
2004	1.228	1.143	1,07	846	821	1,03	2.074	1.964	1,06
2005	1.238	1.135	1,09	859	840	1,02	2.097	1.975	1,06
2006	1.252	1.198	1,05	849	838	1,01	2.101	2.036	1,03
2007	1.331	1.156	1,15	873	867	1,01	2.204	2.023	1,09
2008	1.416	1.200	1,18	884	879	1,01	2.300	2.079	1,11
2009	1.295	1.175	1,10	887	878	1,01	2.182	2.053	1,06
2010	1.282	1.200	1,07	840	929	0,90	2.122	2.129	1,00

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	746	771	0,97	515	516	1,00	1.261	1.287	0,98
2002	739	744	0,99	507	509	1,00	1.246	1.253	0,99
2003	769	784	0,98	519	521	1,00	1.288	1.305	0,99
2004	759	786	0,97	514	529	0,97	1.273	1.315	0,97
2005	739	781	0,95	475	539	0,88	1.214	1.320	0,92
2006	799	825	0,97	543	538	1,01	1.342	1.363	0,98
2007	782	797	0,98	587	556	1,05	1.369	1.353	1,01
2008	800	827	0,97	604	564	1,07	1.404	1.391	1,01
2009	911	810	1,13	605	562	1,08	1.516	1.372	1,10
2010	928	829	1,12	689	596	1,16	1.617	1.425	1,13

2.2.5 Mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni

Il tasso regionale di mortalità standardizzato per tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni risulta sostanzialmente stabile negli anni considerati; per la ASL Lecce è evidenziabile un tasso quasi costantemente superiore rispetto alla media regionale (Grafico 2.6.1).

Grafico 2.6.1. Tasso di mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM per tutto il periodo considerato risultano intorno all'unità senza disegnare eccessi stabili di mortalità, con l'eccezione dell'ASL Lecce, dove si clusterizza un eccesso di mortalità per queste patologie. Anche per l'ASL Taranto negli anni 2009 e 2010 gli RSM sono >1 in entrambi i sessi (Tabella 2.6.1).

Tabella 2.6.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	433	463	0,94	74	70	1,05	507	533	0,95
2002	370	443	0,84	76	65	1,16	446	508	0,88
2003	384	446	0,86	65	68	0,96	449	514	0,87
2004	359	433	0,83	83	73	1,13	442	506	0,87
2005	384	454	0,85	80	79	1,01	464	533	0,87
2006	467	496	0,94	89	83	1,07	556	579	0,96
2007	392	436	0,90	102	90	1,13	494	526	0,94
2008	378	470	0,80	98	94	1,04	476	564	0,84
2009	359	460	0,78	81	94	0,86	440	554	0,79
2010	379	454	0,84	83	90	0,92	462	544	0,85

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	169	156	1,08	25	25	1,00	194	181	1,07
2002	156	149	1,05	27	23	1,16	183	172	1,06
2003	163	150	1,08	28	24	1,16	191	174	1,09
2004	144	146	0,99	24	26	0,92	168	172	0,97
2005	160	154	1,04	36	28	1,28	196	182	1,08
2006	157	168	0,94	32	30	1,08	189	198	0,96
2007	143	147	0,97	35	32	1,09	178	179	0,99
2008	156	159	0,98	33	34	0,98	189	193	0,98
2009	167	156	1,07	49	33	1,46	216	189	1,14
2010	143	154	0,93	20	32	0,63	163	186	0,88

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	119	132	0,90	18	20	0,92	137	152	0,90
2002	124	126	0,98	13	18	0,72	137	144	0,95
2003	112	127	0,88	21	19	1,12	133	146	0,91
2004	116	123	0,94	22	20	1,08	138	143	0,96
2005	113	129	0,88	23	22	1,04	136	151	0,90
2006	138	142	0,98	25	23	1,08	163	165	0,99

2007	117	124	0,94	20	25	0,80	137	149	0,92
2008	130	133	0,97	35	26	1,34	165	159	1,03
2009	120	131	0,92	22	26	0,84	142	157	0,91
2010	114	129	0,89	22	25	0,88	136	154	0,88

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	216	241	0,90	31	37	0,83	247	278	0,89
2002	196	231	0,85	29	35	0,83	225	266	0,85
2003	209	233	0,90	32	36	0,88	241	269	0,90
2004	221	226	0,98	27	39	0,69	248	265	0,93
2005	221	238	0,93	40	42	0,95	261	280	0,93
2006	219	260	0,84	36	44	0,81	255	304	0,84
2007	197	228	0,86	47	48	0,98	244	276	0,88
2008	229	247	0,93	42	50	0,84	271	297	0,91
2009	214	241	0,89	44	50	0,87	258	291	0,88
2010	202	238	0,85	41	48	0,85	243	286	0,85

Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	373	325	1,15	53	52	1,01	426	377	1,13
2002	377	310	1,22	53	49	1,08	430	359	1,20
2003	394	313	1,26	45	50	0,89	439	363	1,21
2004	373	304	1,23	58	55	1,06	431	359	1,20
2005	408	318	1,28	59	59	1,01	467	377	1,24
2006	432	348	1,24	57	62	0,92	489	410	1,19
2007	366	305	1,20	61	67	0,91	427	372	1,15
2008	436	329	1,33	71	70	1,02	507	399	1,27
2009	402	322	1,25	70	70	1,00	472	392	1,20
2010	429	317	1,35	88	66	1,32	517	383	1,35

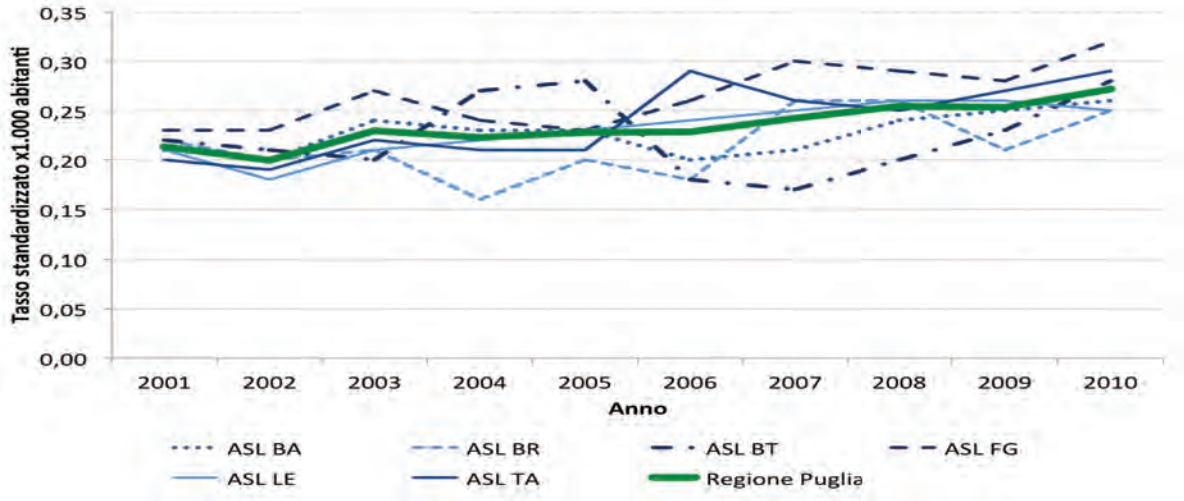
Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	230	222	1,03	38	34	1,11	268	256	1,04
2002	249	213	1,17	24	31	0,77	273	244	1,12
2003	221	214	1,03	39	33	1,19	260	247	1,06
2004	227	208	1,09	35	35	0,99	262	243	1,08
2005	224	218	1,03	30	38	0,79	254	256	0,99
2006	239	238	1,00	43	40	1,08	282	278	1,01
2007	235	209	1,12	40	43	0,93	275	252	1,09

2008	234	225	1,04	40	45	0,88	274	270	1,01
2009	269	221	1,22	53	45	1,18	322	266	1,21
2010	242	218	1,11	50	43	1,17	292	261	1,12

2.2.6 Mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano a livello regionale risulta in aumento a partire dall'anno 2005; per la ASL Foggia il tasso è superiore a quello medio regionale in tutti gli anni di rilevazione (Grafico 2.7.1).

Grafico 2.7.1. Tasso di mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM sono sempre intorno all'unità, con l'eccezione dell'ASL Foggia, dove si osserva un eccesso di mortalità (Tabella 2.7.1).

Tabella 2.7.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	132	131	1,01	127	128	1,00	259	259	1,00
2002	104	119	0,87	137	123	1,11	241	242	0,99
2003	158	147	1,07	138	131	1,05	296	278	1,06
2004	167	145	1,15	116	125	0,93	283	270	1,05
2005	144	144	1,00	133	132	1,00	277	276	1,00
2006	130	142	0,92	118	135	0,87	248	277	0,89
2007	139	154	0,90	121	140	0,87	260	294	0,88
2008	157	157	1,00	137	152	0,90	294	309	0,95
2009	158	165	0,96	141	142	0,99	299	307	0,97
2010	173	181	0,96	139	150	0,93	312	331	0,94

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	37	44	0,84	54	46	1,17	91	90	1,01
2002	47	40	1,17	39	44	0,88	86	84	1,02
2003	47	50	0,95	40	47	0,85	87	97	0,90
2004	34	49	0,69	35	45	0,78	69	94	0,73
2005	39	49	0,80	45	48	0,95	84	97	0,87
2006	34	48	0,71	42	49	0,86	76	97	0,79
2007	56	52	1,07	54	51	1,07	110	103	1,07
2008	55	53	1,04	53	55	0,97	108	108	1,00
2009	47	56	0,84	42	51	0,82	89	107	0,83
2010	63	61	1,04	44	54	0,81	107	115	0,93

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	41	37	1,11	32	35	0,91	73	72	1,01
2002	31	34	0,92	39	34	1,15	70	68	1,04
2003	35	42	0,84	33	36	0,92	68	78	0,88
2004	50	41	1,22	42	34	1,22	92	75	1,22
2005	41	41	1,01	55	36	1,51	96	77	1,25
2006	32	40	0,80	30	37	0,81	62	77	0,80
2007	30	44	0,69	26	38	0,68	56	82	0,68
2008	25	44	0,57	44	42	1,06	69	86	0,80
2009	41	47	0,88	37	39	0,95	78	86	0,91
2010	57	51	1,12	39	41	0,95	96	92	1,04

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	80	69	1,16	71	69	1,02	151	138	1,09
2002	81	62	1,30	66	67	0,99	147	129	1,14
2003	91	77	1,18	83	71	1,17	174	148	1,17
2004	86	76	1,12	69	68	1,02	155	144	1,08
2005	88	76	1,16	59	71	0,83	147	147	1,00
2006	88	75	1,18	80	73	1,09	168	148	1,13
2007	105	81	1,30	91	76	1,19	196	157	1,25
2008	96	82	1,16	94	83	1,14	190	165	1,15
2009	100	87	1,15	81	77	1,05	181	164	1,10

2010	109	95	1,15	101	82	1,24	210	177	1,19

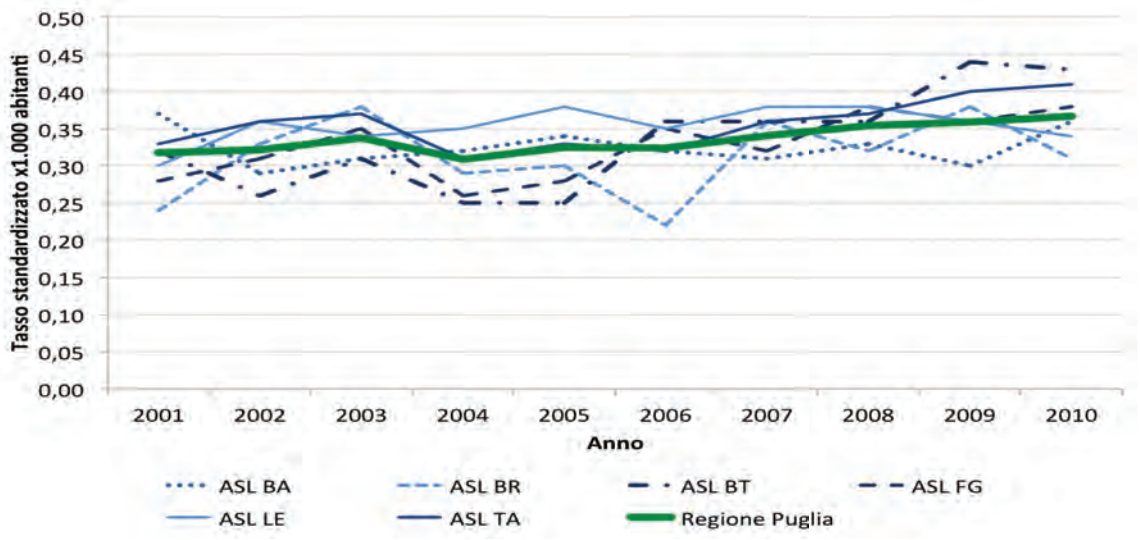
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	86	91	0,95	96	96	1,00	182	187	0,97
2002	83	82	1,01	75	92	0,81	158	174	0,90
2003	85	102	0,83	96	98	0,98	181	200	0,90
2004	89	101	0,88	99	93	1,06	188	194	0,97
2005	102	100	1,02	101	99	1,02	203	199	1,02
2006	101	98	1,03	105	101	1,04	206	199	1,03
2007	115	107	1,08	99	105	0,94	214	212	1,01
2008	19	108	1,10	112	114	0,98	131	222	1,04
2009	117	114	1,03	109	106	1,03	226	220	1,03
2010	109	124	0,88	106	113	0,94	215	237	0,91

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	58	62	0,94	55	61	0,90	113	123	0,92
2002	48	57	0,85	63	59	1,08	111	116	0,96
2003	72	70	1,03	56	62	0,90	128	132	0,97
2004	57	69	0,82	63	59	1,06	120	128	0,93
2005	65	69	0,95	57	63	0,90	122	132	0,93
2006	86	68	1,27	84	64	1,31	170	132	1,29
2007	66	73	0,90	85	66	1,28	151	139	1,08
2008	67	75	0,90	77	72	1,07	144	147	0,98
2009	85	79	1,08	73	67	1,08	158	146	1,08
2010	86	86	1,00	81	71	1,14	167	157	1,07

2.2.7 Mortalità per tumore maligno della mammella della donna

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno della mammella nella donna a livello regionale risulta in leggero ma costante aumento negli ultimi anni considerati; nell'ASL Lecce il dato è costantemente superiore a quello medio regionale, con l'eccezione dell'anno 2010 (Grafico 2.8.1).

Grafico 2.8.1. Tasso di mortalità per tumore maligno della mammella della donna. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Analizzando gli RSM, si notano eccessi stabili di mortalità nell'ASL Taranto e Lecce e un RSM>1 nel 2009 e 2010 nell'ASL BT (Tabella 2.8.1).

Tabella 2.8.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno della mammella della donna. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari			ASL Brindisi			ASL BT		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	228	198	1,15	52	69	0,75	56	55	1,01
2002	180	200	0,90	72	70	1,03	46	56	0,82
2003	192	210	0,91	84	74	1,14	54	59	0,92
2004	199	192	1,04	64	68	0,95	44	54	0,82
2005	209	202	1,04	65	71	0,91	44	56	0,78
2006	201	202	1,00	48	71	0,68	63	56	1,12
2007	190	212	0,90	78	75	1,04	62	59	1,05
2008	204	220	0,93	71	78	0,91	62	61	1,01
2009	189	223	0,85	84	79	1,07	77	61	1,24
2010	224	227	0,99	67	80	0,83	75	63	1,18

Anni	ASL Foggia			ASL Lecce			ASL Taranto		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	93	104	0,89	138	144	0,96	98	95	1,04
2002	103	105	0,98	165	146	1,13	107	96	1,12
2003	114	111	1,03	154	153	1,01	109	101	1,08
2004	86	101	0,85	161	140	1,15	93	92	1,01
2005	92	107	0,86	172	148	1,16	99	97	1,03
2006	115	106	1,08	157	147	1,07	95	96	0,98

2007	104	112	0,93	172	155	1,11	108	101	1,07
2008	124	116	1,07	172	161	1,07	109	105	1,04
2009	117	118	0,99	165	163	1,01	120	106	1,13
2010	126	121	1,04	154	167	0,92	122	109	1,12

2.2.8 Mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina)

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore della cervice uterina ha un andamento estremamente variabile negli anni considerati; questa variabilità è legata alla esigua numerosità di decessi per questa patologia registrati ogni anno, che variano in un range da 0 a 12 casi (Grafico 2.9.1). Per le stesse ragioni, i valori di RSM sono estremamente variabili e si deve precisare che l'utilizzo di questo indicatore in un *setting* temporale e spaziale limitato potrebbe essere fuorviante e sicuramente non conclusivo (Tabella 2.9.1).

Grafico 2.9.1. Tasso di mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina). Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.

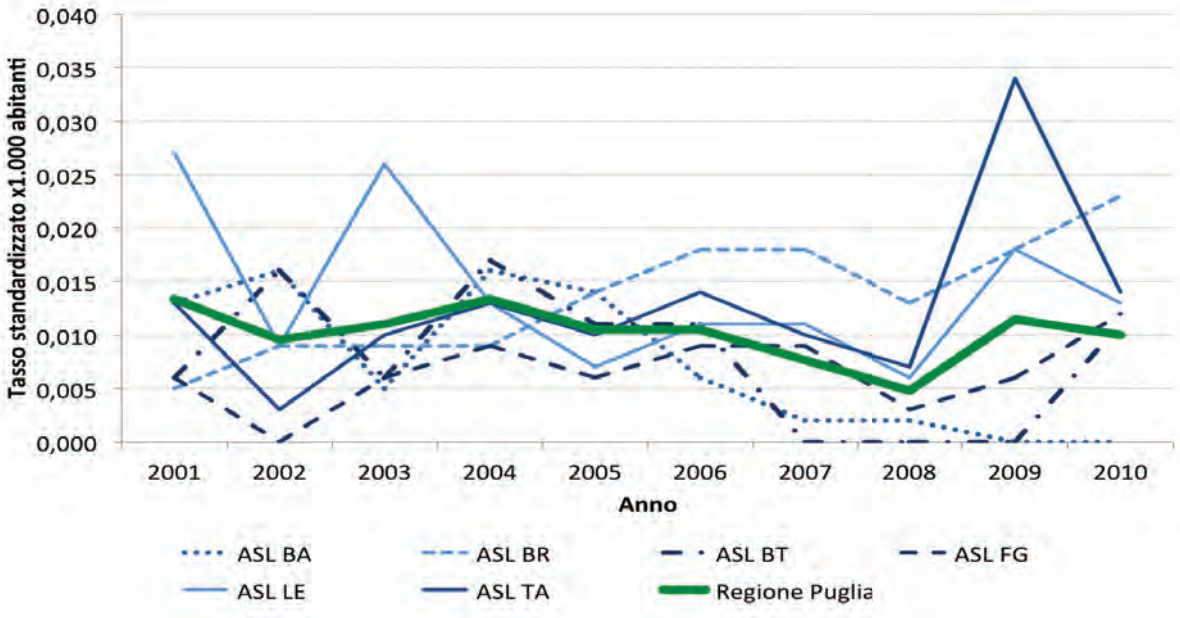


Tabella 2.9.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina). ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari			ASL Brindisi			ASL BT		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	8	8	0,95	1	3	0,34	1	2	0,42
2002	10	6	1,66	2	2	0,98	3	2	1,72
2003	3	7	0,44	2	2	0,84	1	2	0,53
2004	10	8	1,21	2	3	0,68	3	2	1,29
2005	9	7	1,37	3	2	1,33	2	2	1,06
2006	4	7	0,61	4	2	1,76	2	2	1,07
2007	1	5	0,21	4	2	2,38	0	1	0,00
2008	1	3	0,34	3	1	2,80	0	1	0,00
2009	0	7	0,00	4	3	1,60	0	2	0,00
2010	0	6	0,00	5	2	2,26	2	2	1,14

Anni	ASL Foggia			ASL Lecce			ASL Taranto		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	2	4	0,46	12	6	2,01	4	4	0,99
2002	0	3	0,00	4	4	0,95	1	3	0,34
2003	2	4	0,55	12	5	2,36	3	3	0,93
2004	3	4	0,68	6	6	0,98	4	4	1,01
2005	2	3	0,59	3	5	0,64	3	3	0,95
2006	3	3	0,87	5	5	1,06	4	3	1,29
2007	3	3	1,20	5	3	1,43	3	2	1,31
2008	1	2	0,62	3	2	1,35	2	1	1,45
2009	2	4	0,53	8	5	1,54	10	3	2,95
2010	4	3	1,21	6	5	1,33	4	3	1,35

2.3 La Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza

2.3.1 Le disuguaglianze e le malattie croniche in Puglia

Dal rapporto "Benessere Equo e Sostenibile 2013" e dal rapporto Censis "La crisi sociale del Mezzogiorno" del 2013 si evince che la vita media continua ad aumentare, collocando l'Italia tra i Paesi più longevi d'Europa: nello specifico in Puglia la speranza di vita alla nascita è di 79,7 anni per i maschi e 84,4 per le donne. Quest'ultime, tuttavia, sono più svantaggiate in termini di qualità della sopravvivenza: in media, oltre un terzo della loro vita è vissuto in condizioni di salute non buone. Le donne, infatti, sono affette più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini da malattie meno letali, come per esempio l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, ma con un decorso che può degenerare in condizioni più invalidanti.

Invece la speranza di vita in buona salute in Puglia è di 58,1 anni per i maschi e 55,8 anni per le donne.

Si intuisce che il numero di anni in non buona salute per le donne pugliesi è stimabile in 28,6 anni.

In conclusione la Puglie ed il Mezzogiorno, in generale, rispetto al resto del Paese vive una doppia penalizzazione: una vita media più breve e un numero di anni vissuti senza limitazioni più basso.

In prospettiva futura, è da prevedersi una riduzione progressiva della ricchezza privata che limiterà la possibilità, soprattutto per le famiglie del Mezzogiorno, di vicariare l'intervento pubblico nell'assistenza agli anziani, attraverso l'utilizzo di badanti/Caregiver a pagamento, con il risultato che aumenterà il ricorso ai servizi socio-assistenziali per la disabilità. Molti tra i 50/60enni di oggi non potranno più contare né sul sostegno economico genitoriale (anche patrimoniale) né sul reddito dei propri figli.

Continuando l'analisi sullo stato futuro dei pugliesi si analizzano gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs): questi hanno un andamento decrescente con l'età, più accentuato per le donne: a partire dalla classe di età 55-64 anni, sia per gli uomini che per le donne, gli indici riportano valori via via sempre più bassi rispetto alla media della popolazione, con un andamento decrescente più accentuato per l'indice di stato fisico. Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, si evidenziano chiaramente in questa fascia d'età e raggiungono i 3,5 punti tra gli ultrasettantacinquenni per l'indice di stato fisico, mentre l'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, con una distanza di 3,1 punti medi tra gli anziani. Sono le donne delle regioni meridionali che presentano i più bassi punteggi medi dello stato di salute fisico. Anche in questo caso, come per la speranza di vita, si evidenzia come gli elementi sociali hanno un impatto sulle condizioni di salute e all'aumentare dell'età le disuguaglianze si accentuano, in particolare, per la salute fisica: tra gli anziani la distanza tra persone con un titolo di studio superiore al diploma e quelle che hanno raggiunto la licenza di scuola media inferiore è di circa 5 punti e per le donne anziane del Mezzogiorno raggiunge i 7 punti.

Tra i comportamenti a rischio prevalgono in Puglia l'obesità, la sedentarietà e lo scarso consumo di frutta e verdura, mentre fanno eccezione l'abitudine al fumo, più diffusa nell'Italia centrale, e i comportamenti a rischio nel consumo di alcol, per i quali il picco si riscontra nel Nord. In tutti i comportamenti a rischio l'estrazione sociale bassa è un fattore aggravante.

I cittadini del Mezzogiorno sono più convinti rispetto a quelli delle altre aree geografiche che la copertura del welfare oggi è insufficiente: lo pensa il 71% dei residenti nel sud rispetto al 51,1% del nord-ovest e al 57,1 del nord-est.

2.3.2 I servizi ADI – Assistenza domiciliare integrata

Le regioni del Mezzogiorno registrano, sulla base dei dati 2011 per gli Obiettivi di Servizio Servizi di Cura (Elaborazioni Istat e DPS su dati Ministero della Salute, Sistema informativo sanitario) un livello ancora ampiamente al di sotto della media nazionale di copertura del servizio ADI – Assistenza domiciliare integrata: 2,6% della popolazione anziana servita da prestazioni domiciliari integrate nel Mezzogiorno contro il 4,1% media nazionale. La Puglia presenta un livello di erogazione del servizio ancora inferiore rispetto alla media del Mezzogiorno: nel 2011 le ASL pugliesi hanno fatto registrare una percentuale di copertura ADI del 2% della popolazione target. In termini di spesa, inoltre, la Puglia ha fatto registrare una incidenza della spesa ADI sul totale della spesa sanitaria pari al 0,58% contro la media nazionale dell'1,15%. Per potenziare l'offerta di prestazioni domiciliari integrate e indurre processi virtuosi di riqualificazione dell'assistenza territoriale a carattere domiciliare, nel giugno 2012 il Dipartimento Sviluppo e Coesione del Ministero per lo Sviluppo Economico ha finanziato per le Regioni dell'Obiettivo Convergenza il Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura che riserva complessivamente 330 milioni di euro all'investimento per accrescere la rete delle prestazioni domiciliari integrate, di cui circa 79 milioni di euro assegnati alla Puglia per il triennio 2013-2015. Tali fondi sono destinatati alle prestazioni socioassistenziali e all'investimento in tecnologie complementari alle prestazioni sanitarie per configurare un servizio ADI complessivamente adeguato a prendere in carico in modo appropriato le cronicità e le gravi non autosufficienze per la long term care, anche in termini di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura.

In particolare, attraverso la BDA è stato possibile stimare che la popolazione dei cronici pugliesi ammonta a circa il 35% degli assistibili, e che assorba il 75% della spesa sanitaria, in linea con quanto dimostrato da analoghe esperienze condotte in altre regioni (es. Lombardia, Sicilia).

2.3.3 L'integrazione della Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza alla Persona e alle Comunità in Puglia

L'organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più *all'Hub & Spoke* che obbliga ad una revisione della rete ospedaliera partendo dalla chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*.

Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'Ospedale al Territorio rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura.

Nei Comuni pugliesi interessati dal Riordino Ospedaliero vi è stata la necessità di attivare nel territorio forme di assistenza primaria che si sono dimostrate in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, rispetto alla gestione dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche.

Il *Chronic Care Model* (CCM) ha rappresentato un approccio sistemico ed *Evidence-based* alle patologie croniche, che ha visto il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS).

Il modello assistenziale ha garantito la presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie. Le patologie croniche che sono state prese in considerazione sono: diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scompenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

La presa in carico globale ha, inoltre, intenso:

- Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali.
- Favorire l'aderenza al *follow up* da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza
- Evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato
- Azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali.
- Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione

3 Esperienze dei PRP 2010-13

3.1 Il PRP 2010-2012

Con DGR 2994 del 28 dicembre 2010 è stata recepita l'Intesa Stato –Regioni del 29 aprile 2010 relativa al Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, identificando le aree di programmazione e le attività da garantirsi a livello regionale. La vigenza di detto Piano è stata successivamente prorogata per l'anno 2013 con DGR 1196 del 1 luglio 2013.

Il Piano Regionale Pugliese prevedeva le seguenti aree di attività:

1. Area Medicina Predittiva
   - 1.1. Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio)
   - 1.2. Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica
2. Area Prevenzione Universale
   - 2.1. Incidenti stradali
   - 2.2. Prevenzione degli eventi infortunistici
   - 2.3. Incidenti domestici
   - 2.4. Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
   - 2.5. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitari
   - 2.6. Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
   - 2.7. Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non ad agenti chimici, fisici e biologici
   - 2.8. Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate
   - 2.9. Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano
3. Area Prevenzione della Popolazione a rischio
   - 3.1. Tumore della mammella
   - 3.2. Tumore della cervice
   - 3.3. Tumore del colon-retto
   - 3.4. Malattie cardiovascolari
   - 3.5. Diabete
   - 3.6. Malattie respiratorie croniche
   - 3.7. Malattie osteoarticolari
   - 3.8. Malattie orali
   - 3.9. Disturbi psichiatrici
   - 3.10 Ipoacusia e sordità
4. Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia
   - 4.1. Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Le attività di Piano sono state oggetto di periodico monitoraggio e certificazione da parte della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute, che ha prodotto delle certificazioni annuali dello stato di avanzamento sulla base degli indicatori e degli standard di attività stabiliti dalla Regione in fase di pianificazione.

Area Medicina Predittiva

3.1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio)

Il progetto aveva lo scopo di introdurre nella pratica clinica dei medicina di medicina generale la valutazione sistematica del Rischio Cardiovascolare Globale individuale nella popolazione pugliese di età compresa tra 35 e 69 anni, utilizzando il punteggio individuale messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità.

I soggetti differenziati per i livelli di Rischio Cardiovascolare Globale dovevano essere avviati a percorsi clinico-assistenziali con particolare attenzione ai soggetti ad alto grado di rischio. Gli standard indicatori di progetto (proporzione di MMG che effettuano la valutazione e proporzione di assistiti eligibili valutati e rivalutati) risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

3.1.2 Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica

Tale progetto, in fase di valutazione ex-ante, è stato escluso dal monitoraggio delle attività di Piano e pertanto non è stato oggetto di certificazione.

Area Prevenzione Universale

3.1.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Il progetto aveva come obiettivo generale la riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani di età 13-30 anni. Gli obiettivi specifici erano il Far acquisire/aumentare nei moltiplicatori competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-

educativi in contesti educativi e del divertimento e in contesti educativo/formativi (attraverso la formazione) e far acquisire/aumentare nei giovani 13-30 anni conoscenze e competenze per una guida responsabile (attraverso la realizzazione di interventi informativo-formativo-educativi in contesti educativi e del divertimento e in contesti educativo/formativi. Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

3.1.4 Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia

Il progetto prevedeva azioni molteplici, principalmente mirate, per la prevenzione anti-infortunistica, alla riduzione del numero di infortuni sul lavoro nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura e, per la prevenzione delle malattie professionali, all'emersione e contrasto del fenomeno tecnopatico mediante iniziative incentrate sull'informazione/formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro. L'istituzione del COMIMP operava in ambito trasversale non è stata possibile per mancato completamento dell'iter amministrativo da parte della Regione Puglia.

3.1.4.1.1 Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")

L'obiettivo generale prevedeva il mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo. L'obiettivo specifico era dato Incremento della conoscenza di temi specifici correlati ai rischi prevalenti per la sicurezza in agricoltura da parte degli imprenditori e dei lavoratori agricoli. Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

3.1.4.1.2 *Ambiente di vita sicuro*

Il progetto aveva come obiettivo generale quello di diminuire il rischio di incidente domestico. Le sue azioni erano incentrate sulla Costruzione e mantenimento di alleanze con partner locali, Individuazione e formazione degli operatori sanitari, Individuazione e formazione dei moltiplicatori a livello locale, Individuazione di riferimenti ed Enti per l'attivazione degli interventi (destinatari e partner), Valutazione degli interventi. Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

Tale progetto si inseriva in una consolidata programmazione regionale in materia di profilassi vaccinale, prevedendo come obiettivi il miglioramento delle attività di chiamata attiva della popolazione target delle vaccinazioni, attraverso il completamento dell'anagrafe vaccinale informatizzata, e il raggiungimento di standard di qualità organizzativa in tutti i Servizi vaccinali regionali. Gli standard indicatori di progetto (coperture vaccinali nell'adolescente) risultano raggiunti e certificati.

3.1.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Il progetto aveva come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria rispetto al dato stimato nell'ultima rilevazione regionale effettuata attraverso attività formative sugli operatori sanitari e il miglioramento delle strategie di controllo. Gli standard degli indicatori di progetto (indice di adesione all'igiene delle mani e proporzione di presidi/aziende ospedaliere con piano di attività sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria) risultano raggiunti e certificati.

3.1.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

Il progetto aveva come obiettivi la valutazione e la prevenzione del rischio di infezioni da arbovirus sul territorio regionale, attraverso la implementazione di un sistema di sorveglianza ad hoc, e l'introduzione del sistema informativo per la sorveglianza delle malattie infettive PREMAL in tutte le ASL. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.7 Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP

Le azioni prevenzionistiche erano mirate alla promozione di un adeguato coordinamento dell'Autorità competente regionale REACH-CLP con gli altri attori sul territorio, alla formazione di figure professionali altamente qualificate e alla vigilanza sull'adempimento agli obblighi della regolamentazione comunitaria. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.8 Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004 di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare

Obiettivo centrale di questo progetto era quello di controllare e contenere le infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti, tramite l'effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale. Tale progetto, in fase di valutazione ex-ante, è stato escluso dal monitoraggio delle attività di Piano e pertanto non è stato oggetto di certificazione.

3.1.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Il progetto aveva come obiettivo il monitoraggio di determinanti e fattori di rischio comportamentali per le patologie cronico degenerative attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI. Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno ottenuto la certificazione delle attività del sistema di sorveglianza PASSI e che hanno prodotto report sui risultati delle attività di sorveglianza) risultano raggiunti e certificati.

3.1.10 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Il progetto aveva come obiettivo il monitoraggio dello stato nutrizionale e dei comportamenti nutrizionali e motori dei bambini delle scuole primarie, attraverso il sistema di sorveglianza standardizzato "OKkio alla salute". Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno prodotto report sui risultati dell'attività di sorveglianza e il tasso di adesione al progetto) risultano raggiunti e certificati.

3.1.11 Scuole in salute

Il progetto aveva come obiettivo generale la Sorveglianza di patologie, dei determinanti di salute e dei fattori di rischio attraverso la costruzione di alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi operanti tramite attività didattiche e curricolari. Le azioni proposte per realizzare il progetto erano:

- Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra la Regione Puglia e l'Ufficio scolastico regionale per l'attuazione di programmi condivisi.
- Censimento delle progettualità esistenti in Regione sia sul versante Sanità che su quello Scuola.
- Predisposizione di una griglia metodologica di autoanalisi degli interventi e della formazione.
- Istituzione del Gruppo tecnico Interistituzionale regionale e di gruppi aziedali interdisciplinari.
- Protocolli d'Intesa sull'attuazione di specifiche progettualità delle aree di Guadagnare salute e della promozione della salute in generale.
- Comunicazione dei risultati.

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.12 Promozione dell'allattamento al seno

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%. Gli obiettivi specifici erano vari e riguardavano il proteggere, il sostenere e il promuovere la pratica dell'allattamento materno. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.13 PROmuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)

Il progetto aveva come obiettivo generale il rafforzamento, a tutti i livelli di Governo regionale e locale, dei sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute. Tali sistemi dovevano includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza sui risultati e sui determinanti di salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che dovevano rendere esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la co-operazione, quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali.

Gli obiettivi specifici erano:

- identificare aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;
- promuovere approcci multi-settoriali e processi di confronto a livello regionale e locale, attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;
- intensificare gli sforzi di collaborazione tra le istituzioni, al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;
- rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.

Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori non risultano raggiunti né certificati per le seguenti motivazioni:

- nonostante l'avvio delle procedure amministrative per l'istituzione formale dell'Osservatore regionale Pugliese PROSalute e la collaborazione avviata con l'Università degli Studi di Torino, non è stato possibile formalizzarne la costituzione;
- gli incontri con le associazioni Scientifiche di riferimento non hanno prodotto un documento univoco.

3.1.14 Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari. Gli obiettivi specifici erano:

- diffondere la cultura della prevenzione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie, in particolar modo di quelle ambiente e fumo correlate;
- aiutare i ragazzi a resistere alle pressioni psico-sociali a favore del fumo, e ad operare scelte libere e consapevoli;
- indirizzare i ragazzi, con l'aiuto di opuscoli formativo/informativi forniti dalla regione e dal ministero della salute, ad adottare stili di vita salutari e a diffondere queste informazioni ai loro amici e familiari.

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

Area Prevenzione della Popolazione a rischio

3.1.15 Tumori e screening

In Puglia la prevenzione secondaria dei tumori è stata affidata per molto tempo all'iniziativa personale. Fino all'avvio del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, infatti, le attività di screening organizzato non interessavano in maniera uniforme l'intero territorio regionale e prevedevano solo l'accesso spontaneo degli utenti all'anticipazione diagnostica.

Da Luglio 2007, dopo una lunga fase organizzativa, è stata avviata la chiamata attiva per lo screening del carcinoma della cervice uterina nella ASL Bari e per lo screening del carcinoma della mammella nelle ASL Bari e BT. Nel corso del triennio 2008-2010, la chiamata attiva è stata progressivamente estesa a tutte le altre ASL regionali. Lo screening per il carcinoma del colon retto è stato avviato a dicembre del 2011 ed è attivo solo nelle Asl Bari e Bat.

La performance dei programmi di screening regionali è stata valutata attraverso il calcolo di indicatori standardizzati a livello nazionale.

3.1.15.1.1 Tumore della mammella

Indicatori per la valutazione della performance dei programmi di screening del carcinoma della mammella.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (50 – 69 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/2 della popolazione di 50 – 69 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- ***Referral rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate al secondo livello.
- ***Detection rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di carcinomi diagnosticati; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 3.1.1.1. Indicatori di performance del programma di screening per il tumore della mammella. Puglia, anni 2007-2012.

	Anno					
Indicatori	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Estensione nominale del programma	75,7%	76,5%	94,6%	98,7%	100,0%	100,0%
Estensione effettiva del programma	2,0%	37,4%	51,3%	62,0%	55,6%	42,0%
Adesione all'invito	19,1%	30,1%	43,2%	45,1%	48,9%	58,3%
Referral Rate	5,3%	3,9%	5,9%	6,0%	5,4%	5,8%
Detection rate	-	-	3,2 x1000	2,1 x1000	3,4 x1000	2,5 x1000

3.1.15.1.2 Tumore della cervice

Indicatori per la valutazione del programma di screening del tumore della cervice uterina.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (25 – 64 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/3 della popolazione di 25 – 64 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Raccomandazione alla ripetizione della citologia:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne a cui è stata raccomandata la ripetizione della citologia.
- ***Referral rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate in colposcopia.
- ***Detection rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne con una lesione CIN2+ confermata istologicamente; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 3.1.2.1. Indicatori di performance del programma di screening per il tumore della cervice uterina. Puglia, anni 2007-2012.

	Anno					
Indicatore	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
Estensione nominale del programma	46,5%	93,2%	93,1%	95,6%	100,0%	100,0%
Estensione effettiva del programma	10,8%	27,8%	53,8%	52,3%	41,9%	54,9%
Adesione all'invito	35,7%	36,2%	29,3%	25,0%	31,0%	29,9%
Referral Rate	1,9%	1,2%	1,3%	1,7%	2,4%	2,0%

Detection rate	0,14 x1000	0,52 x1000	0,76 x1000	1,32 x1000	0,4 x1000	0,6 x1000

3.1.15.1.3 Tumore del colon-retto

Tabella 3.1.3.1.. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore del colon retto. Puglia (Bari e Bt), anni 2012.

		Puglia 2012
Estensione nominale del programma	A: Popolazione residente in fascia d'età bersaglio	393.271
	B: Residenti 50 - 70 anni	393.271
	A/B*100	100

Estensione effettiva del programma	A: Numero di persone invitate	64.605
	B:Residenti 50 - 70 anni /2	196.635
	A/B*100	32,9

Adesione corretta all'invito	A: Persone aderenti al primo livello (screenate)	16.305
	B: Numero di persone invitate - numero di inviti inesitati	44.712
	A/B*100	36,5

Positività al SOF	A: Numero di persone con SOF positivo	1.019
	B: Numero di persone screenate	16.305
	A/B*100	6,2

Tasso di identificazione totale = Detection rate	A: Carcinomi invasivi	32
	B: Numero di persone screenate	16.305
	A/B*1000	2,0

Per i tre programmi di screening, gli standard degli indicatori di progetto non risultano raggiunti e pertanto i progetti non sono stati certificati.

3.1.16 Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari

Il Progetto prevedeva che i distretti socio-sanitari, con il coordinamento delle Unità Operative di Epidemiologia e Statistica delle ASL, curassero la costituzione di un registro regionale di pazienti con esiti di patologia cardiovascolare, da gestire attraverso un software dedicato. Successivamente all'istituzione del registro, ogni Distretto avrebbe dovuto farsi promotore di un percorso clinico diagnostico di follow-up, da concordarsi tra il medico di medicina generale e il responsabile dell'ambulatorio distrettuale di cardiologia. Rispetto alle previsioni per l'anno 2013, la realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto", che avrebbe consentito una agevole gestione dei registri di patologia cronica, risente di ulteriori ritardi, che non hanno consentito l'avvio delle attività progettuali. Pertanto gli standard degli indicatori di progetto (Proporzione di distretti che hanno attivato il registro degli eventi cardiovascolari e che hanno avviato un percorso assistenziale dedicato) non risultano raggiunti né certificati.

3.1.17 Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze

Il progetto prevedeva lo sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze attraverso la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, la definizione di percorsi assistenziali e l'avviamento di programmi di gestione delle complicanze a lungo termine. Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori (proporzione di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi sei mesi e proporzione di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale) risultano raggiunti e certificati.

3.1.18 Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).

Il progetto aveva come obiettivo generale l'implementazione della diagnosi precoce di artrite e facilitazione dell'accesso agli ambulatori dedicati alla diagnosi. Gli obiettivi specifici prevedevano la realizzazione della "Rete Regionale di assistenza reumatologica tramite:

- utilizzo di percorsi di diagnosi e cura omogenei e condivisi per la realizzazione delle Cure Primarie;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici di uso in Reumatologia a disposizione del Medico Specialista prescritti su Piano Terapeutico (PT);
- valutazione dell'impatto del "P.D.T." per la cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza" (attraverso l'analisi temporale prima/dopo dell'andamento delle prescrizioni dei farmaci sottoposti a PT).

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.19 Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

L'obiettivo specifico era la valutazione epidemiologica e sigillatura dei solchi e fossette riservata ai bambini nella fascia di età 7-10 anni presso gli ambulatori di specialistica ambulatoriale accreditata per le attività di odontoiatria.

Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori non risultano raggiunti né certificati in quanto il numero dei bambini reclutati dai PLS è stato scarso a causa della poca collaborazione e coinvolgimento degli stessi.

3.1.20 Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori.

Il progetto aveva come obiettivi generali:

a) Lotta alla depressione
b) Implementazione delle strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sotto-soglia;
c) Sostegno a Progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, in un'ottica di integrazione fra Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole e Mass Media.

Si articolava in due sotto-progetti:

3.1.20.1.1 Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni

L'obiettivo specifico del progetto era la prevenzione primaria nelle scuole attraverso le immagini cinematografiche, con il nome Lotta al pregiudizio e allo stigma.

3.1.20.1.2 Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. Approfondire in senso dinamico gli stereotipi dello stigma e ricercare nuove strategie di comunicazione e di formazione per il superamento dei pregiudizi e degli stereotipi che resistono nella rappresentazione sociale del "malato mentale";
2. Sperimentare una formazione interattiva e partecipativa del campione di studenti, lavorando sulla loro motivazione e mettendo in situazione di scambio di esperienze, anche soggettive, studenti, utenti e operatori per affrontare in modo "profondo" i pre-giudizi, anche impliciti, rispetto alla diversità e la violenza insita nel processo di esclusione-stigmatizzazione;
3. Far emergere, nell'interazione tra studenti, utenti ed operatori, elementi per rimettere in gioco saperi, motivazioni ed emozioni che coinvolgano la soggettività delle persone, al di là di barriere e stereotipi legati a differenze di ruoli e di poteri;
4. Individuare, valorizzare competenze e sviluppare empowerment dei cittadini utenti coinvolti;
5. Stimolare un'azione permanente di collegamento tra servizi, associazioni e studenti di scuole professionalizzanti creando strumenti di rete che possano valorizzare, proseguire e diffondere la pratica del "formarsi insieme".

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

3.1.21 Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la diagnosi precoce della sordità in età infantile, che causa severe alterazioni nello sviluppo del linguaggio e nell'assetto psicologico, oltre a gravi situazioni di disagio nelle famiglie.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. Individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza;
2. Definire percorsi diagnostico – terapeutici - riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up.

Ad ottobre 2013 sono state consegnate tutte le tecnologie e completata la formazione del personale. Nel corso del 2014 è stata avviata l'attività di screening in tutti i punti nascita e UTIN della Regione.

Per via dei tempi tecnici relativi all'espletamento della gara, che si sono protratti quasi al termine della vigenza del piano, per l'acquisto di apparecchi per otoemissioni e del relativo software di gestione gli standard prefissati attraverso gli indicatori potranno essere verificati e certificati nella vigenza del prossimo Piano Regionale di Prevenzione. Nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2015 si riproporranno, infatti, le attività di Screening in quanto con l'utilizzo a regime delle attrezzature è possibile screenare tutti i nuovi nati ed inviare i dati, relativi al numero dei bambini, al Centro di riferimento Regionale presso l'A.O. Policlinico di Bari.

Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

3.1.22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Il progetto aveva come obiettivo il rilevare la percezione dello stato di salute e della qualità della vita dei soggetti con più di 64 anni attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento. Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno costituito un gruppo di lavoro aziendale e che hanno prodotto report sui risultati delle attività di sorveglianza) risultano raggiunti e certificati.

4 Analisi di contesto

4.1 Salute e stili di vita

4.1.1 Fonte dei dati: il metodo PASSI

Al fine di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione, nel 2006, sotto l'auspicio del Ministero della Salute, il Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi, denominato Sistema di Sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI).

Le informazioni sono raccolte attraverso la somministrazione di un questionario telefonico, standardizzato e validato a livello nazionale, a un campione rappresentativo di cittadini di età compresa tra 18 e 69 anni, estratti dall'anagrafe sanitaria con metodo proporzionale stratificato per età e sesso.

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2012, in Puglia sono stati intervistati 2.108 cittadini con un'età media di 42 anni.

Risultati, anno 2012

4.1.2 Alimentazione

La situazione nutrizionale è un importante determinante di salute di una popolazione. Il sovrappeso e l'obesità, in particolare, rappresentano un fattore di rischio rilevante per cardiopatie ischemiche, ictus, ipertensione, diabete mellito e neoplasie; inoltre, l'eccesso ponderale è correlato a una riduzione dell'aspettativa di vita e al peggioramento della sua qualità.

In Puglia, si stima che il 55,3% degli adulti sia normopeso o sottopeso, il 30,6% sovrappeso e il 14,1% obeso. Questa stima corrisponde complessivamente a circa un milione e 200mila persone di 18-69 anni, di cui circa 800mila in sovrappeso e 400mila obesi e risulta sostanzialmente in linea con la media nazionale, che stima che il 41.9% degli adulti italiani sia in eccesso ponderale.

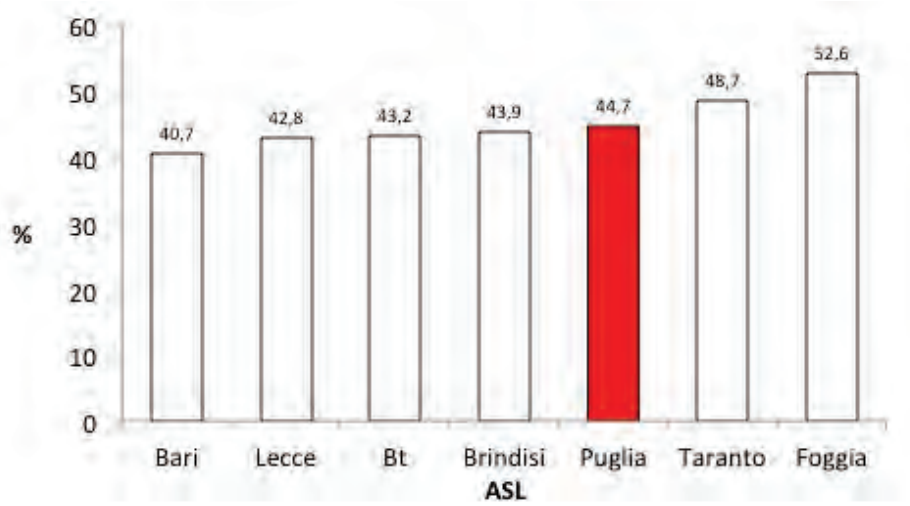
In particolare, la prevalenza di soggetti in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è maggiore tra gli anziani e tra le persone con basso livello di istruzione (Tabella 4.2.1.1).

Tabella 4.2.1.1. Distribuzione (%) dei soggetti intervistati per stato ponderale, classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Sottopeso/Normopeso (%)	Sovrappeso (%)	Obesi (%)
Classi di età			
18-34 anni	77,0	18,7	4,3
35-49 anni	54,0	31,9	14,1
50-69 anni	36,8	40,2	23,0
Sesso			
Uomini	48,0	38,7	13,3
Donne	62,4	22,8	14,8
Istruzione			
nessuna/elementare	34,3	40,3	25,4
media inferiore	48,8	33,5	17,7
media superiore	64,3	26,3	9,4
laurea	67,1	25,7	7,2
Difficoltà economiche			
molte	49,4	33,0	17,6
qualcuna	54,6	30,8	14,6
nessuna	62,6	27,7	9,7

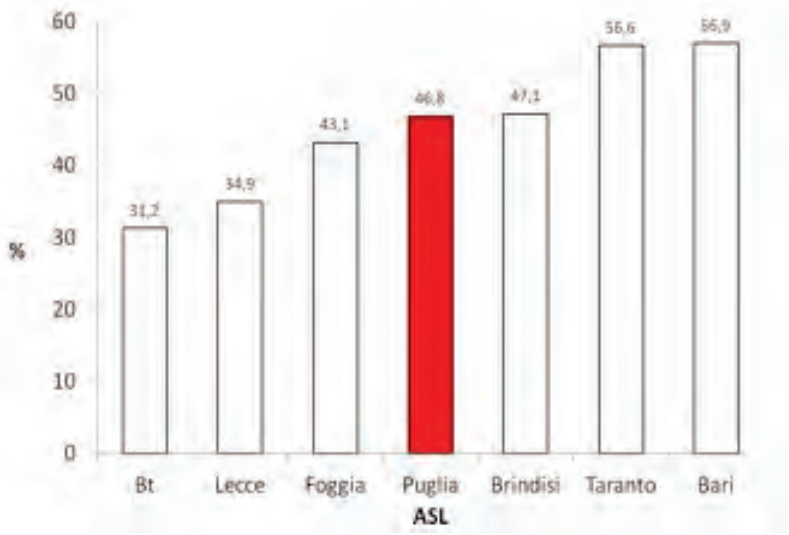
Durante il 2012, la ASL Foggia è risultata quella con la maggiore prevalenza di soggetti in eccesso ponderale, mentre la ASL Bari quella con la prevalenza più bassa (Grafico 4.2.1.1).

Grafico 4.2.1.1. Proporzione (%) di soggetti intervistati in eccesso ponderale, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



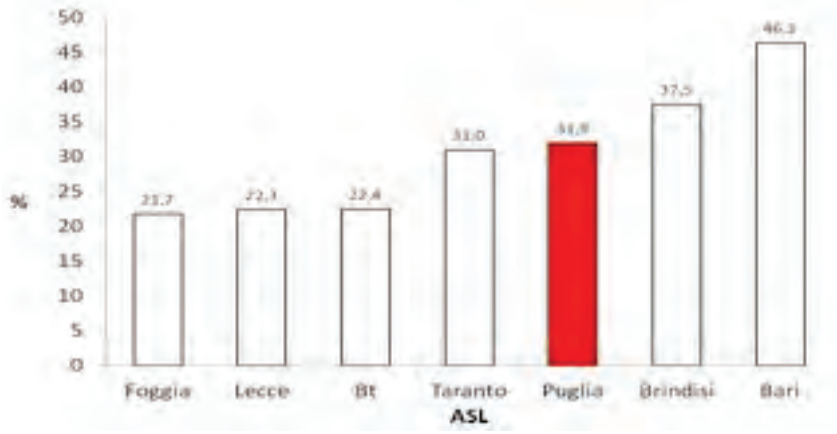
In Puglia, il 46,8% delle persone in eccesso ponderale -in particolare il 36,9% delle persone in sovrappeso e il 67,7% delle persone obese- ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Si osservano differenze nella frequenza con cui viene riferito tale consiglio per ASL di residenza, con valori minimi nella ASL Bt (31,2%) e massimi nella ASL Bari (56,9%)(Grafico 4.2.1.2).

Grafico 4.2.1.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati sovrappeso/obesi che riferiscono il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Tra le persone in sovrappeso/obese, il 71,4% stava seguendo una dieta per perdere o mantenere peso in seguito al consiglio da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, mentre il 31,9% (il 27,7% dei soggetti in sovrappeso e il 40,7% dei soggetti obesi) ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. La proporzione di soggetti in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (*range:* 21,7% Foggia-46,3% Bari)(Grafico 4.2.1.3).

Grafico 4.2.1.3. Proporzione (%) di soggetti intervistati sovrappeso/obesi che riferiscono il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



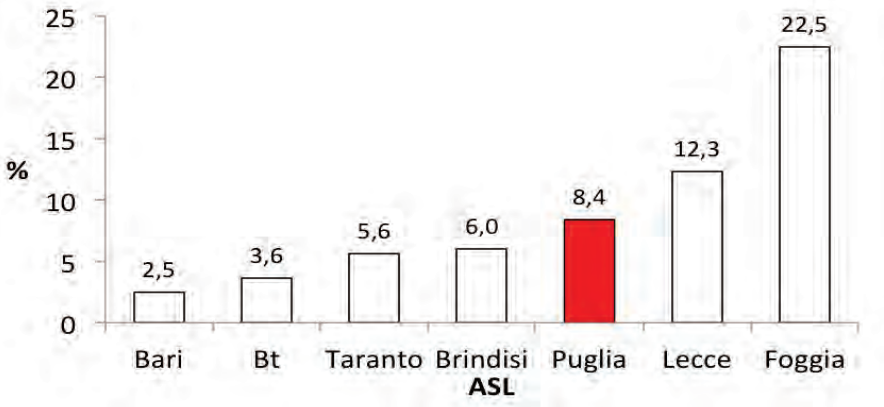
In merito all'adesione alla raccomandazione al consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura (*five a day*) finalizzata alla riduzione degli rischio cardiovascolare, la quasi totalità degli intervistati pugliesi (95,2%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno; tuttavia, solo l'8,4% ha riferito di mangiare 5 o più porzioni di frutta o verdura al giorno, mentre il 54,3% consumava 1-2 porzioni e il 32,5% 3-4 porzioni. Il dato sui consumatori di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è solo lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 9,6%. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nei soggetti tra 35 e 69 anni e tra le donne (Tabella 4.2.1.2).

Tabella 4.2.1.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che aderiscono al five a day, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	<5 porzioni (%)	≥5 porzioni (%)
Classi di età		
18-34 anni	95,9	4,1
35-49 anni	91,9	8,1
50-69 anni	87,2	12,8
Sesso		
Uomini	92,1	7,9
Donne	91,0	9,0
Istruzione		
nessuna/elementare	89,5	10,5
media inferiore	91,5	8,5
media superiore	92,1	7,9
Laurea	92,1	7,9
Difficoltà economiche		
Molte	93,7	6,3
Qualcuna	90,6	9,4
Nessuna	91,2	8,8

Sul territorio regionale si osservano differenze nelle prevalenze di adesione al five a day, con valori minimi nell'ASL Bari (2,5%) e massimi nell'ASL Foggia (22,5%) (Grafico 4.2.1.4).

Grafico 4.2.1.4. Proporzione (%) di soggetti intervistati che riferiscono il consumo di frutta e verdura 5 volte al giorno (five a day), per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



4.1.3 Attività fisica

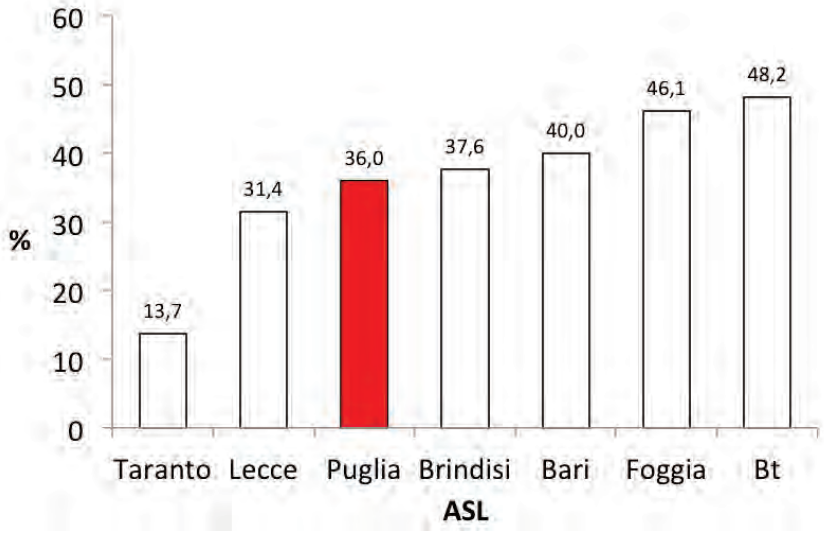
In Puglia, nel 2012, il 33,8% delle persone intervistate ha riferito uno stile di vita attivo, in quanto svolge un'attività lavorativa pesante oppure pratica attività fisica moderata/intensa. Il 30,1% degli intervistati è classificabile come parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni. Più di un terzo del campione è completamente sedentario (36,1%); tale dato è superiore rispetto alla media nazionale, pari al 31%. La sedentarietà è più diffusa nei soggetti anziani, con un livello di istruzione più basso, con maggiori difficoltà economiche e nelle donne (Tabella 4.2.2.1).

Tabella 4.2.2.1. Proporzione (%) di soggetti sedentari, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Sedentario (%)	Non sedentario (%)
Classi di età		
18-34 anni	25,8	74,2
35-49 anni	37,6	52,4
50-69 anni	44,1	55,9
Sesso		
Uomini	31,7	68,3
Donne	40,4	59,6
Istruzione		
nessuna/elementare	48,7	51,3
media inferiore	38,0	62,0
media superiore	32,0	68,0
Laurea	30,4	69,6
Difficoltà economiche		
Molte	43,0	57,0
Qualcuna	35,2	64,8
Nessuna	30,4	69,6

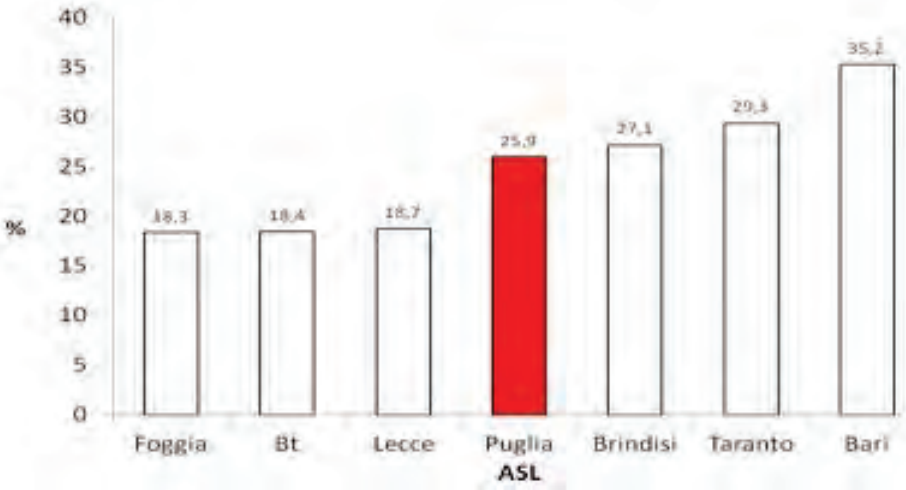
La prevalenza di soggetti sedentari nel 2012 risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Taranto (13,7%) e più elevati nell'ASL Bt (48,2%) (Grafico 4.2.2.1).

Grafico 4.2.2.1. Proporzione (%) di soggetti sedentari, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



In Puglia, il 25,1% delle persone che hanno riferito di essersi recate dal medico negli ultimi 12 mesi dall'intervista ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolge regolarmente attività fisica, mentre il 25,9% ha riportato il consiglio di svolgere attività fisica. La proporzione di soggetti che si è recata dal medico negli ultimi dodici mesi dall'intervista e che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (*range:* 18,3% Foggia-35,2% Bari)(Grafico 4.2.2.2).

Grafico 4.2.2.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che riferiscono il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



4.1.4 Fumo

In Puglia, nel 2012, poco più della metà degli intervistati (58,0%) ha dichiarato di essere non fumatore; gli ex fumatori rappresentano circa un sesto del campione (14,5%) e i fumatori quasi un terzo (27,5 %), dato lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 28,4%.

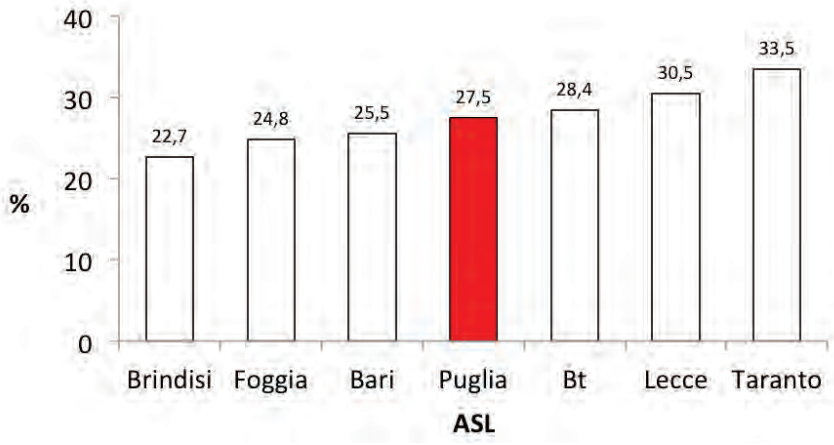
La prevalenza di fumatori è più elevata tra le persone sotto i 50 anni ed in particolare nella fascia 25-34 anni, tra gli uomini, tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore e tra le persone con difficoltà economiche (Tabella 4.2.3.1).

Tabella 4.2.3.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Fumatore (%)	Non fumatore (%)
Classi di età		
18-24 anni	28,4	71,6
25-34 anni	35,8	64,2
35-49 anni	26,6	73,4
50-69 anni	23,7	76,3
Sesso		
Uomini	36,8	63,2
Donne	18,6	81,4
Istruzione		
nessuna/elementare	23,4	76,6
media inferiore	31,8	68,2
media superiore	27,3	72,7
Laurea	21,0	79,0
Difficoltà economiche		
Molte	30,3	69,7
Qualcuna	27,3	72,7
Nessuna	25,1	74,9

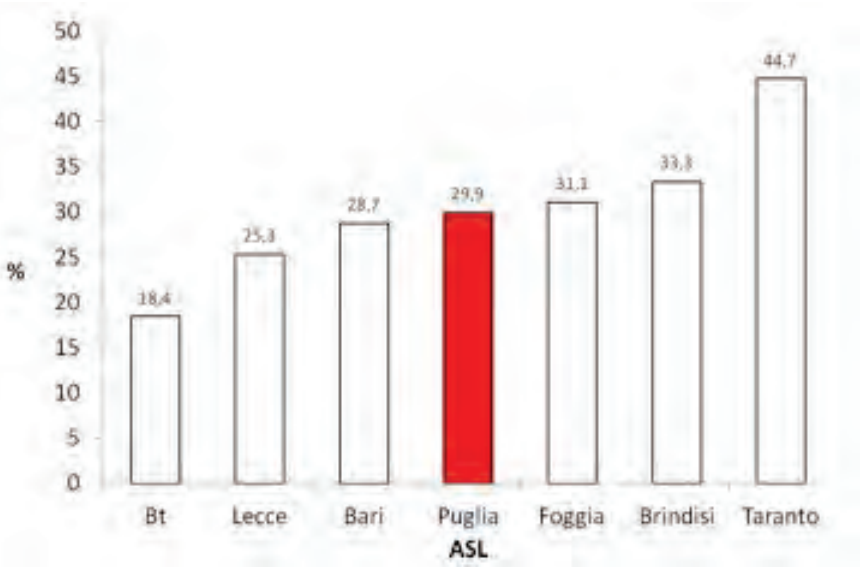
La distribuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Brindisi (22,7%) e più elevati nell'ASL Taranto (33,5%) (Grafico 4.2.3.1).

Grafico 4.2.3.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



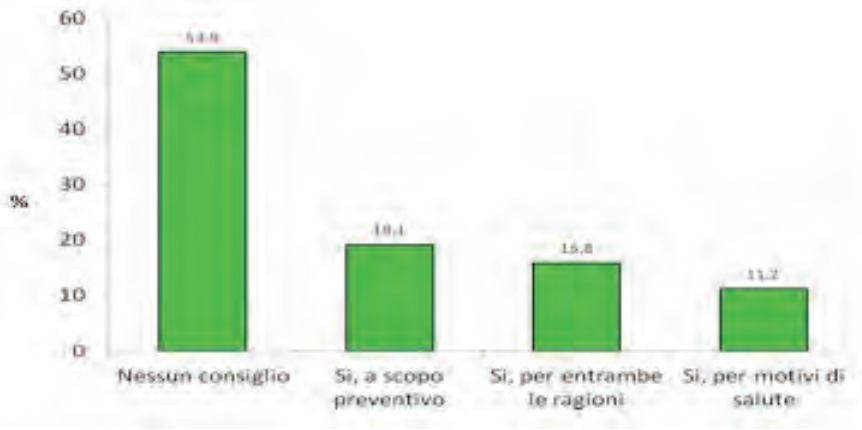
In Puglia, il 29,9% delle persone che hanno riferito di essersi recate dal medico nell'ultimo anno dall'intervista ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha fatto loro domande in merito all'abitudine al fumo, in particolare il 52,2% dei fumatori ha riferito di essere stato sottoposto a tali domande. La proporzione di soggetti che si è recata dal medico nell'ultimo anno dall'intervista e che ha riferito l'interessamento di un operatore sanitario sulla abitudine tabagica mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (*range:* 18,4% Bt-44,7% Taranto) (Grafico 4.2.3.2).

Grafico 4.2.3.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che hanno dichiarato che un operatore sanitario ha indagato almeno una volta l'abitudine al fumo, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



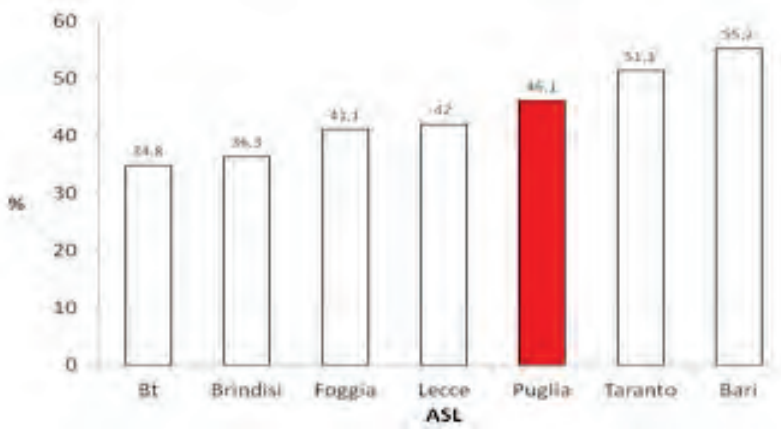
Il 46,1% dei soggetti fumatori che si sono recati dal medico nell'ultimo anno ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato loro di smettere di fumare; in particolare il 19,1% ha riferito che tale consiglio era stato formulato a scopo preventivo (Grafico 4.2.3.3).

Grafico 4.2.3.3. Proporzione (%) di fumatori che si sono recati presso il medico nell'ultimo anno e che riferiscono il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari, per motivo . PASSI Puglia 2012.



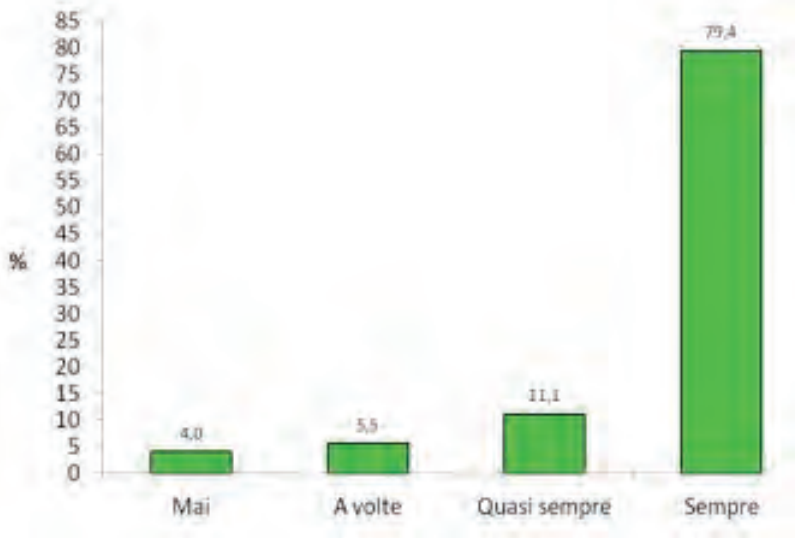
La proporzione di soggetti che si è recata dal medico nell'ultimo anno dall'intervista e che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (*range:* 34,8% Bt-55,2% Taranto)(Grafico 4.2.3.4.).

Grafico 4.2.3.4. Proporzione (%) di fumatori che riferiscono il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte dei lavoratori intervistati (90,5%) considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (n=867) (Grafico 4.2.3.5.).

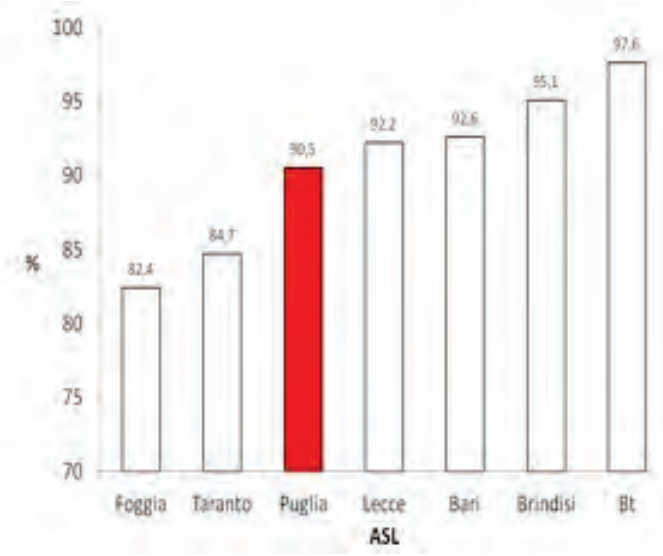
Grafico 4.2.3.5. Distribuzione (%) dell'opinione dei soggetti intervistati sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro*. PASSI Puglia 2012.



**Lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)*

La proporzione di soggetti intervistati che riporta che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è sempre/quasi sempre rispettato mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (n=867) (*range:* 82,4% Foggia-97,6% Bt)(Grafico 4.2.3.6.).

Grafico 4.2.3.6. Proporzione (%) di intervistati che riporta che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è sempre/quasi sempre rispettato, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



4.1.5 Alcol

Negli ultimi anni sempre maggiore attenzione viene rivolta da parte delle autorità sanitarie al consumo di alcol, in quanto tale abitudine favorisce l'insorgenza di malattie come la cirrosi epatica, il diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, malattie cardiovascolari, tumori e problemi di salute materno-infantile. Inoltre, il consumo di alcol è correlato ad incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza.

Sono considerati comportamenti a rischio queste tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il consumo occasionale di un numero alto di unità alcoliche (binge drinking). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. In base alle indicazioni dell'INRAN, sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità. Per binge drinking si intende il consumo almeno una volta al mese di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più unità alcoliche in una unica occasione per le donne.

In Puglia, nel 2012, quasi la metà degli intervistati (46,4%) ha riferito di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

Complessivamente, circa il 12% dei soggetti può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa. Tale stima corrisponde a circa 300mila persone di 18-69 anni classificabili come bevitori a rischio.

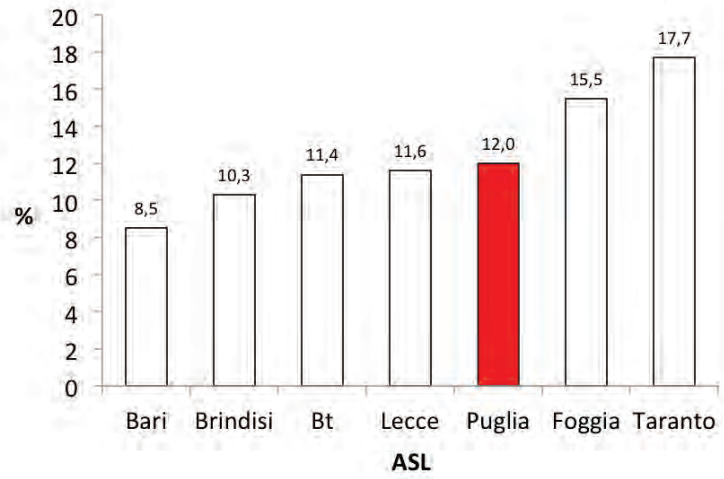
Il consumo a rischio è più frequente tra gli intervistati di 18-24 anni, tra gli uomini e tra le persone con titolo di studio più elevato (Tabella 4.2.4.1).

Tabella 4.2.4.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Consumo alcol a maggior rischio (%)
Classi di età	
18-24 anni	23,3
25-34 anni	11,4
35-49 anni	9,9
50-69 anni	9,8
Sesso	
Uomini	17,9
Donne	6,3
Istruzione	
nessuna/elementare	8,4
media inferiore	12,0
media superiore	13,4
Laurea	11,3
Difficoltà economiche	
Molte	9,4
Qualcuna	11,6
Nessuna	15,2

La proporzione di bevitori classificabili come "a rischio" risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Bari (8,5%) e più elevati nell'ASL Taranto (17,7%) (Grafico 4.2.4.1).

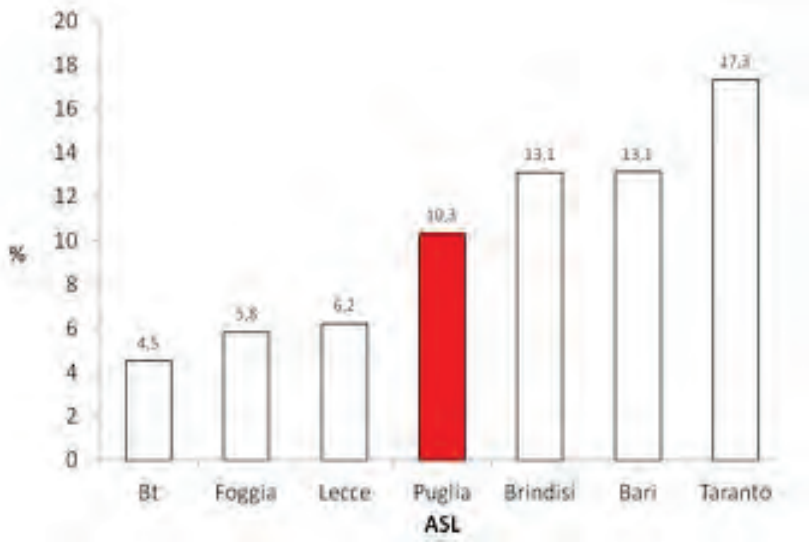
Grafico 4.2.4.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Il 10,3% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se consumassero alcol. Tra i bevitori a maggior rischio, il 6,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o un altro operatore sanitario.

La proporzione di intervistati che ha riferito che un operatore sanitario ha assunto informazioni sull'abitudine al consumo di alcol differisce per ASL di residenza (*range:* 4,5 Bt-17,3 Taranto)(Grafico 4.2.4.2.).

Grafico 4.2.4.2. Proporzione (%) di intervistati che riferiscono che un operatore sanitario ha posto domande in ordine al proprio consumo di alcol, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



L'8,0% dei soggetti intervistati ha riferito di aver guidato un'auto o una moto/scooter dopo aver bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica negli ultimi trenta giorni dall'intervista (n=891). Il 4,7% degli intervistati (n=2050) ha riferito di essere salito durante gli ultimi 30 giorni dall'intervista, in auto o in moto/scooter con un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente 2 o più unità di una bevanda alcolica.

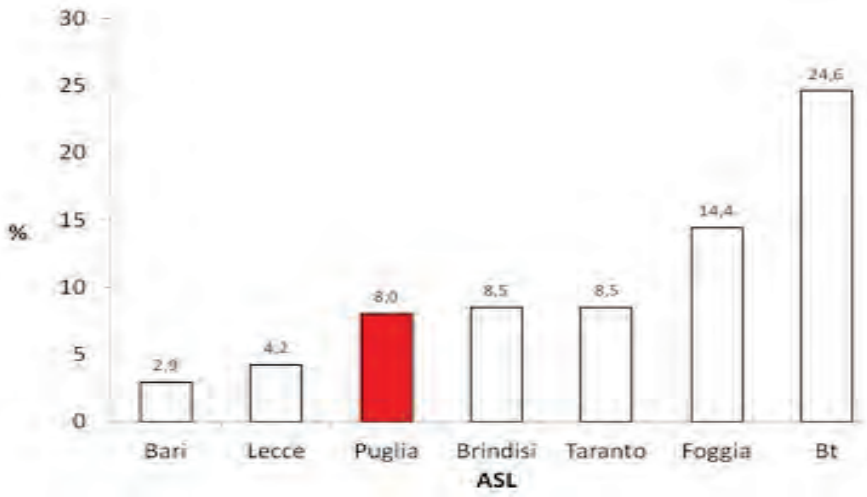
In particolare la guida sotto effetto di alcol è più diffusa tra gli uomini e nelle persone con molte difficoltà economiche (Tabella 4.2.4.2.).

Tabella 4.2.4.2. Proporzione (%) di intervistati che hanno riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nei trenta giorni precedenti l'intervista, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Guida sotto l'effetto dell' alcol (%)
Classi di età	
18-24 anni	9,9
25-34 anni	9,1
35-49 anni	6,2
50-69 anni	8,2
Sesso	
Uomini	10,6
Donne	2,5
Istruzione	
nessuna/elementare	4,6
media inferiore	8,1
media superiore	9,1
Laurea	6,2
Difficoltà economiche	
Molte	10,5
Qualcuna	6,7
Nessuna	8,1

La proporzione di intervistati che ha riferito di aver guidato sotto l'effetto di alcol negli ultimi trenta giorni dall'intervista, differisce per ASL di residenza (n=891) (*range:* 2,9% Bari-24,6% Bt)(Grafico 4.2.4.3.).

Grafico 4.2.4.3. Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto di alcol negli ultimi trenta giorni dall'intervista, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



4.1.6 Ipertensione arteriosa

Nel 2012, il 21,8% dei soggetti intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione; tale dato è sostanzialmente sovrapponibile alla media nazionale, pari al 20%. Questa stima corrisponde in Regione a circa 700 mila ipertesi nella fascia 18-69 anni. In particolare l'ipertensione riferita risulta significativamente più elevata al crescere dell'età (43,5% nella fascia 50-69 anni), nelle persone con livello istruzione molto basso e con maggiori difficoltà economiche percepite, nelle persone con eccesso ponderale (Tabella 4.2.5.1).

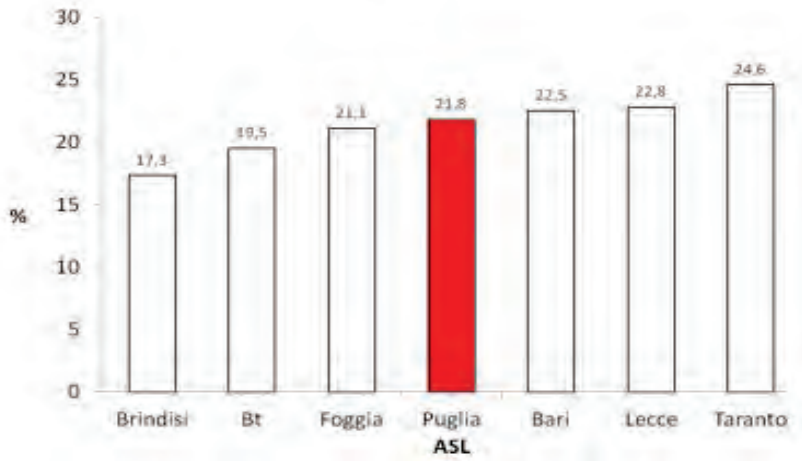
Tabella 4.2.5.1. Proporzione (%) di ipertesi, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Ipertesi (%)
Classi di età	
18-34 anni	2,1
35-49 anni	13,2
50-69 anni	43,5
Sesso	
Uomini	21,3
Donne	22,3
Istruzione	
nessuna/elementare	47,6
media inferiore	22,9
media superiore	13,9
Laurea	12,7
Difficoltà economiche	
Molte	24,4
Qualcuna	23,7
Nessuna	15,8

Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	10,7
sovrappeso/obeso	34,3

Non sono emerse differenze sostanziali nella distribuzione della proporzione di soggetti ipertesi tra le ASL regionali (*range*: 17,3% Brindisi – 24,6% Taranto) (Grafico 4.2.5.1).

Grafico 4.2.5.1. Proporzione (%) di ipertesi, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte degli ipertesi (>90%) ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti nel proprio stile di vita (Grafico 4.2.5.2).

Grafico 4.2.5.2. Proporzione (%) di intervistati ipertesi che hanno ricevuto da parte del medico curante il consiglio di effettuare un trattamento per il controllo dell'ipertensione*. PASSI Puglia 2012.

**Ogni variabile è stata considerata indipendentemente*

4.1.7 Ipercolesterolemia

Tra i soggetti intervistati nel 2012 che hanno riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 21,6% ha riferito la diagnosi di ipercolesterolemia, dato lievemente inferiore rispetto alla media nazionale pari al 24%. Questa stima corrisponde in Regione a circa 450 mila persone di 18-69 anni con livelli elevati di colesterolemia.

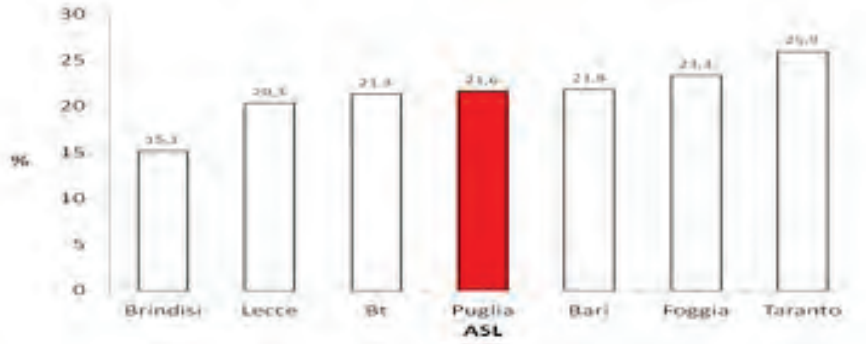
In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con eccesso ponderale (Tabella 4.2.6.1).

Tabella 4.2.6.1. Proporzione (%) di intervistati con diagnosi di ipercolesterolemia, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Ipercolesterolemia (%)
Classi di età	
18-34 anni	4,3
35-49 anni	16,7
50-69 anni	35,9
Sesso	
Uomini	20,0
Donne	23,0
Istruzione	
nessuna/elementare	38,0
media inferiore	21,0
media superiore	17,0
laurea	18,4
Difficoltà economiche	
molte	27,5
qualcuna	20,2
nessuna	18,4
Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	12,3
sovrappeso/obeso	31,2

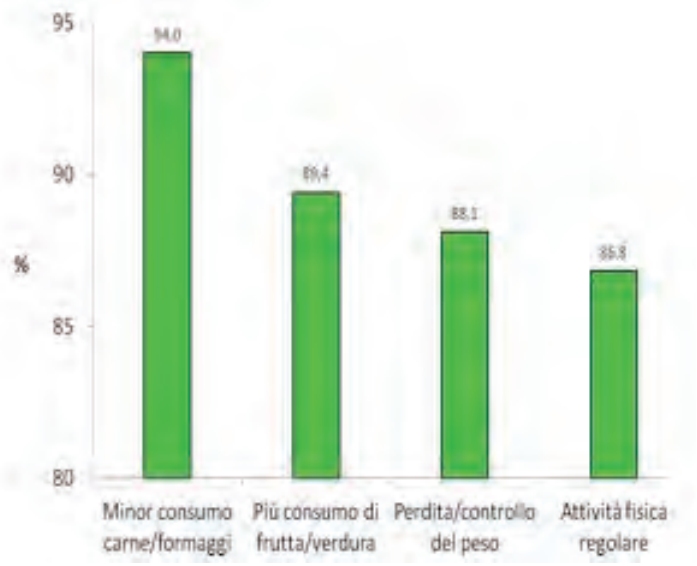
La proporzione di soggetti che ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia a livello regionale mostra valori più bassi nell'ASL Brindisi (15,1%) e più elevati nell'ASL Taranto (25,9%) (Grafico 4.2.6.1).

Grafico 4.2.6.1. Proporzione (%) di ipercolesterolemici, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte delle persone con ipercolesterolemia ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita (Grafico 4.2.6.2.).

Grafico 4.2.6.2. Proporzione (%) di intervistati ipercolesterolemici che riferiscono di aver ricevuto un consiglio terapeutico da parte del medico curante*. PASSI Puglia 2012.



**Ogni variabile è stata considerata indipendentemente*

4.1.8 Diabete

Nel corso del 2012, il 3,5% dei pugliesi intervistati (n=2108) ha riferito di essere diabetico; questa stima corrisponde in Regione a circa 97 mila diabetici nella fascia 18-69 anni e risulta inferiore alla prevalenza media nazionale, stimata nel 4,5%. In particolare il diabete è più diffuso al crescere dell'età (8,9% di prevalenza nei 50-69enni), nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche, nelle persone in eccesso ponderale (soprattutto negli obesi) (Tabella 4.2.7.1).

I 36,6% dei diabetici hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico o di un altro operatore sanitario di fare attività fisica. Tra i diabetici in eccesso ponderale il 60,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.

Tabella 4.2.7.1. Prevalenza (%) di diabetici, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Diabete (%)
Classi di età	
18-34 anni	0,2
35-49 anni	1,0
50-69 anni	8,9
Sesso	
Uomini	3,8
Donne	3,2
Istruzione	
nessuna/elementare	11,0
media inferiore	3,8
media superiore	1,7
Laurea	0,5

Difficoltà economiche	
Molte	5,4
qualcuna	3,3
nessuna	2,0
Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	1,2
sovrappeso	4,1
Obeso	10,7

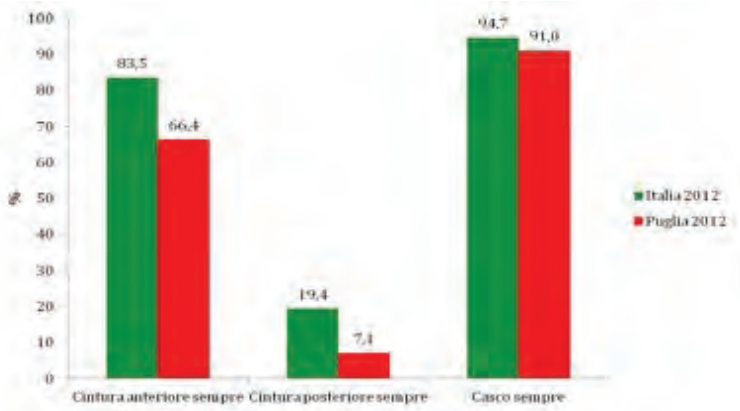
4.1.9 Sicurezza stradale

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali sulla salute i dispositivi di sicurezza individuale hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età e alla taglia, come seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandi.

Gli indicatori con cui PASSI misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

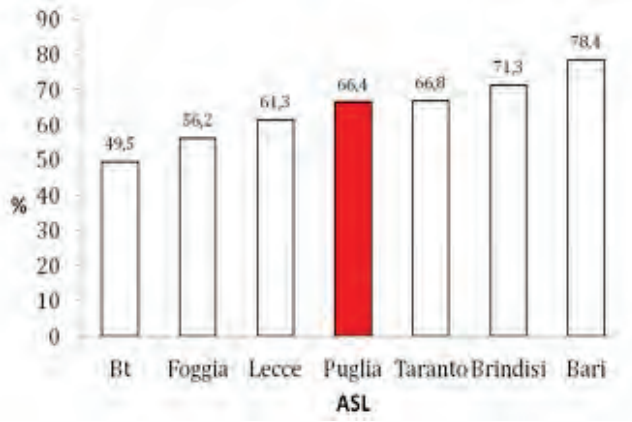
Nel 2012 il 66,4 % dei soggetti intervistati pugliesi che ha dichiarato di andare in auto, ha riferito di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza e il 7,1% ha riferito di utilizzare sempre la cintura posteriore di sicurezza. Tra coloro che hanno dichiarato di andare in moto il 91,0% ha riferito di indossare sempre il casco; tali dati sono in genere inferiori rispetto alle medie nazionali (Grafico 4.2.8.1.).

Grafico 4.2.8.1. Proporzione (%) di soggetti che hanno riferito l'uso dei dispositivi di sicurezza: cintura anteriore, cintura posteriore e casco. PASSI Puglia 2012.



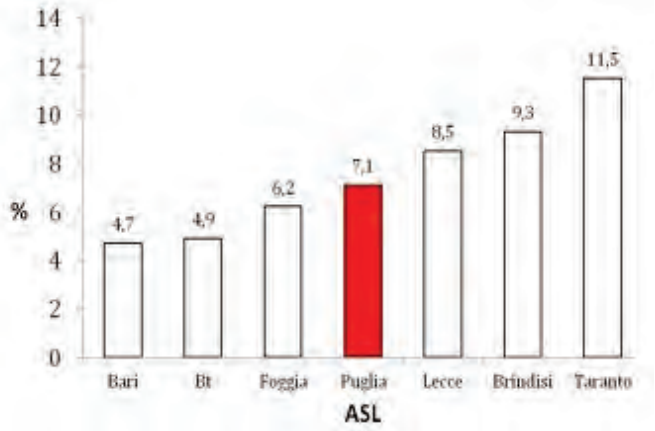
Tra coloro dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza differisce per ASL di residenza (range: 49,5% Bt – 78,4% Bari)(Grafico 4.2.8.2.).

Grafico 4.2.8.2. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza anteriore, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



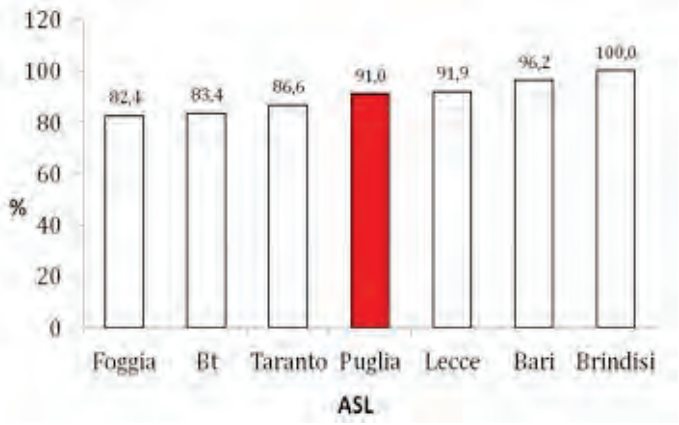
Tra coloro dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura posteriore di sicurezza differisce per ASL di residenza (range: 4,7% Bari – 11,5% Taranto)(Grafico 4.2.8.3).

Grafico 4.2.8.3. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza posteriore, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Tra coloro dichiarano di andare in moto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre il casco differisce per ASL di residenza (range: 82,4% Foggia – 100,0% Brindisi)(Grafico 4.2.8.4).

Grafico 4.2.8.4. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



4.1.10 Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di sanità pubblica rilevante, sia per la mortalità e la morbosità ad essi attribuibili, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono le donne, i bambini molto piccoli e gli anziani, in particolare sopra gli 80 anni, cioè coloro che trascorrono più tempo a casa.

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

Nel 2012, in Puglia, circa il 5,4% dei soggetti intervistati (n=2105) ha dichiarato di considerare il rischio di infortuni domestici alto o molto alto per il proprio nucleo familiare. La percezione del rischio di infortunio in ambiente domestico è alta/molto alta soprattutto nelle donne e nei soggetti con molte difficoltà economiche(Tabella 4.2.9.1.).

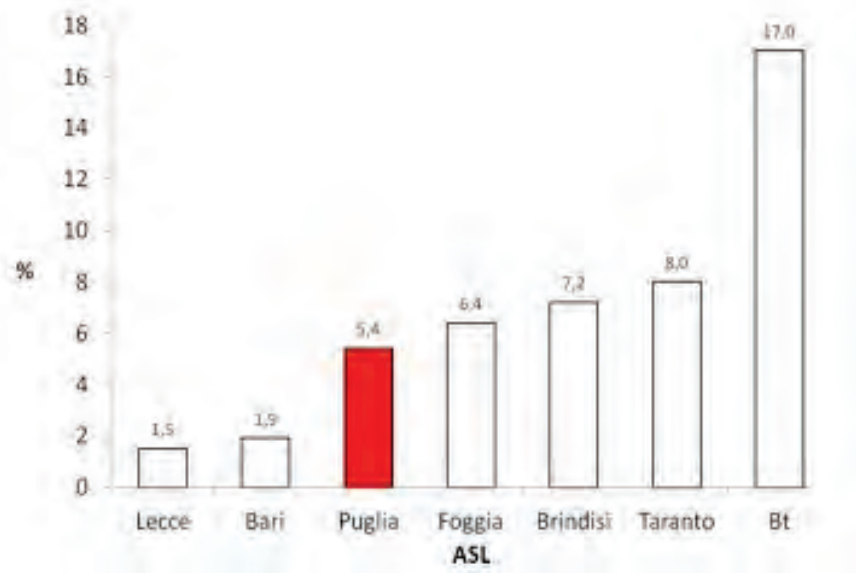
Tabella 4.2.9.1. Proporzione (%)di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Percezione del rischio di infortunio in ambiente domestico alto/molto alto (%)
Classi di età	
18-34 anni	5,5
35-49 anni	6,5
50-69 anni	4,1
Sesso	
Uomini	4,2
Donne	6,5
Istruzione	
Nessuna/elementare	5,3
Media inferiore	5,2
Media superiore	5,4
Laurea	5,9
Difficoltà economiche	
Molte	8,7
Qualcuna	4,3
Nessuna	4,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio*	
Sì	6,7
No	4,8

**Presenza di anziani e/o bambini*

La proporzione di intervistati che riferisce una percezione alta/molto alta del rischio di infortunio in ambito domestico differisce per ASL di residenza (range: 1,5% Lecce – 17,0% Bt)(Grafico 4.2.9.1.).

Grafico 4.2.9.1. Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.


18
16
14
12
10
%
8
6
4
2
0
1,5
1,9
5,4
6,4
7,2
8,0
17,0
Lecce
Bari
Puglia
Foggia
Brindisi
Taranto
Bt
ASL

4.2 Salute e invecchiamento

Fonte dei dati: la sorveglianza epidemiologica PASSI d'Argento

La sorveglianza epidemiologica di popolazione PASSI d'Argento si propone come strumento per registrare i bisogni di salute della fascia di popolazione (>64 anni) e tempestivamente indicarli a decisori e altri gruppi di interesse. Grazie all'uso di una metodologia standardizzata, il sistema rende possibile confrontare lo stato di salute e l'invecchiamento attivo nelle diverse Regioni italiane con dati di qualità raccolti sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi, con il supporto tecnico e scientifico di un gruppo di lavoro composto da coordinatori regionali e ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'approccio adottato è quello della sorveglianza epidemiologica di popolazione basata su indagini ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più, che possiedono un telefono e che non hanno gravi problematiche psico-fisiche. Sono definite non eleggibili le persone che al momento della rilevazione erano domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere e mediante campionamento a cluster. Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL aderenti.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, diviso in 6 sezioni dove sono presenti circa 80 domande a risposta multipla. La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia (detta *proxy*) che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista.

Analisi dei dati, anno 2012

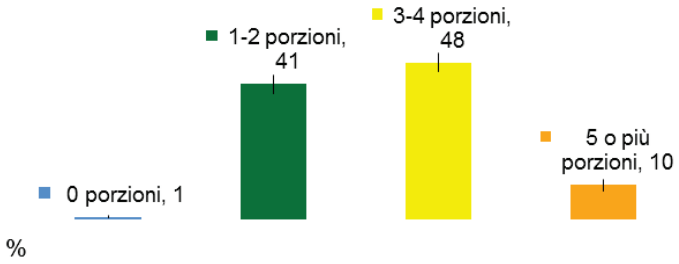
In Puglia, sono state intervistate 2.351 persone con 65 anni e più nel periodo compreso tra marzo 2012 e ottobre 2012. Il tasso di risposta è stato pari al 91,1%.

4.2.1 Alimentazione

Il 33,7% dei soggetti intervistati risulta normopeso, il 45,5% in sovrappeso, il 19,1% obeso e l'1,7% è sottopeso. Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obese, sono il 64,6% e tale dato risulta superiore alla media nazionale pari al 57,2%.

Le persone con 65 anni e più che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno ("five a day") sono l'8,8%, dato lievemente inferiore alla media nazionale pari all'11%; il 46,9% consuma solo 1-2 porzioni (Grafico 5.2.1.1).

Grafico 5.2.1.1. Distribuzione (%) dei soggetti intervistati per numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno. Passi d'Argento Puglia 2012.



Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (53,6% vs 49,9%) e tra le persone con 65-74 anni rispetto ai soggetti più anziani (54,5% vs 48,3%) (Tabella 5.2.1.1).

Tabella 5.2.1.1. Proporzione (%) di persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012

Caratteristiche	Persone che consumano 3≥ porzioni di frutta e verdura (%)

Classi di età	
65-74 anni	46
75+ anni	52
Sesso	
Uomini	54
Donne	50
Istruzione	
Alta	42
Bassa	51
Difficoltà economiche	
Molte	51
qualcuna	48
Nessuna	41
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	34
In buona salute, ma a rischio	50
A rischio di disabilità	54
Con disabilità	61

4.2.2 Attività fisica

Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (*Physical Activity Score in Elderly*: PASE) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato uno punteggio che tiene conto del tempo (h/d) dedicato all'attività o della sola partecipazione (si/no) e del tipo di attività, più o meno intensa.

Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Sono definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del *proxy* (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con il soggetto) per effettuare l'intervista.

I dati raccolti nell'indagine 2012 ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana.

Il valore mediano è pari a 93.3 (range: 1.4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione calcolati per uomini e donne sono differenti (99 vs 90). Nella regione Puglia il 17,8% degli intervistati ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale).

4.2.3 Alcol

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. È stato inoltre stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

Il 38,6% degli anziani intervistati consuma alcolici; il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (59% vs 23,1%). Considerando l'età la percentuale dei consumatori passa da 43,9% nella classe di età 65-74 anni a 33% in quella delle persone con 75 anni e più.

Il 13,5% delle persone che consumano alcolici è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno (Tabella 5.2.1.1)

Tabella 5.2.1.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Consumo alcol a maggior rischio (%)
Classi di età	
65-74 anni	16
75+ anni	11
Sesso	
Uomini	25
Donne	5
Istruzione	
Alta	19
Bassa	12
Difficoltà economiche	
molte	12
qualcuna	14
nessuna	20
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	15
In buona salute, ma a rischio	21
A rischio di disabilità	13
Con disabilità	3

Tra i consumatori a rischio il 13,4% ha ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario.

4.2.4 Fumo

Secondo i risultati del Passi d'Argento, in Puglia il 9,6% delle persone con 65 anni e più è un fumatore, dato sostanzialmente in linea con la media nazionale pari al 9,9% (Tabella 5.2.4.1).

Tabella 5.2.4.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Fumatore (%)
Classi di età	
65-74 anni	10
75+ anni	5
Sesso	
Uomini	12
Donne	3
Istruzione	
Alta	13
Bassa	5
Difficoltà economiche	
molte	6
qualcuna	8
nessuna	9
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	8
In buona salute, ma a rischio	11
A rischio di disabilità	7
Con disabilità	3

In Puglia l'82,1% degli over 64enni fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, dato nettamente superiore alla media nazionale, pari al 69,1%.

4.2.5 Depressione

Il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando il *Patient Health* Questionnaire-2 (PHQ-2), un test validato e molto utilizzato a livello internazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

Il 19,5% degli anziani intervistati presenta sintomi di depressione, dato lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 21% (Tabella 5.2.5.1.).

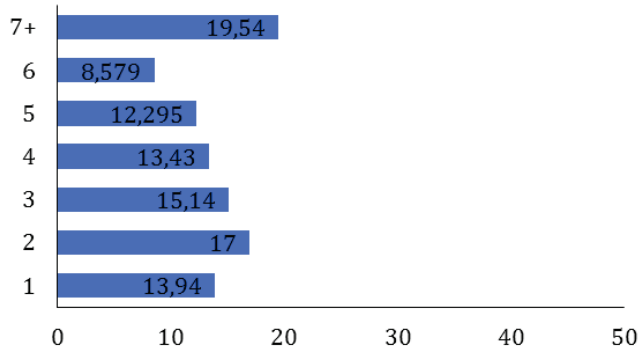
Tabella 5.2.5.1. Proporzione (%) di soggetti con sintomi di depressione, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Sintomi di depressione (%)
Classi di età	
65-74 anni	18
75+ anni	22
Sesso	
Uomini	16
Donne	22
Istruzione	
Alta	17
Bassa	20
Difficoltà economiche	
Molte	35
qualcuna	17
nessuna	11
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	5
In buona salute, ma a rischio	23
A rischio di disabilità	28
Con disabilità	49

4.2.6 Sicurezza nell'uso dei farmaci

In Puglia il 90,4% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni. Fra coloro che assumono farmaci, il 46,5% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 53,5 % assume 4 farmaci o più (Grafico 5.2.6.1).

Grafico 5.2.6.1 Distribuzione (%) del campione per numero di farmaci diversi assunti per giorno. Indagine Passi d'Argento Puglia 2012



La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 54,9% degli intervistati.

4.2.7 Disabilità

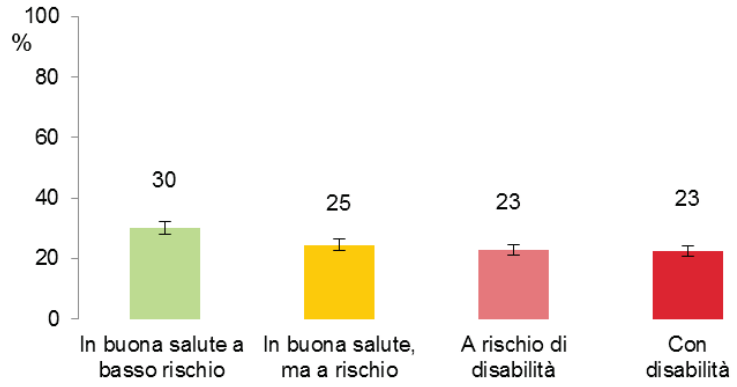
In PASSI d'Argento la valutazione della prevalenza di anziani disabili è stata effettuata attraverso le scale validate internazionalmente ADL

(che misurano la capacità di fare il bagno, vestirsi, essere autonomi nell'evacuazione in toilette, spostarsi, essere continenti, alimentarsi).

Sono state considerate disabili le persone che avevano perso almeno 1 ADL.

Il 22,6% degli anziani intervistati risulta avere limitazioni in una o più ADL (grafico 5.2.7.1).

Grafico 5.2.7.1 Distribuzione (%) del campione per sottogruppi di popolazione. Indagine Passi d'Argento Puglia 2012



Tale proporzione è più elevata nei soggetti più anziani e nelle donne (Tabella 5.2.7.1).

Tabella 5.2.7.1. Proporzione (%) di soggetti con disabilità, per classe di età, sesso e numero di ADL perse. Passi d'Argento Puglia 2012

Caratteristiche	Soggetti con disabilità (%)
Classi di età	
65-74 anni	11
75-84 anni	26
85 o più anni	57
Sesso	
Uomini	18
Donne	26
ADL perse	
1 ADL	27
2 ADL	16
3 ADL	27
4-6 ADL	30

4.2.7.1.1 Cadute e fratture

Molti studi di popolazione hanno descritto l'epidemiologia delle cadute negli anziani in differenti contesti, e i tassi variano in modo considerevole: quelli più bassi (30-160 per 100 persone all'anno, in media 65 per 100) sono stati rilevati negli anziani che vivono in comunità, generalmente tra persone di 65 anni e oltre. Anche se la maggior parte di queste cadute non causa lesioni importanti, circa il 5% provoca una frattura o richiede il ricovero. Inoltre, i tassi di cadute e le complicazioni associate aumentano sensibilmente con l'età e raddoppiano nelle persone con più di 75 anni. In Puglia gli anziani con più di 74 anni che hanno subito un ricovero nel 2012 con diagnosi principale di fratture (Codice ICD IX 800-829) sono stati 8.155, pari ad un tasso pari a 31,2 per 1.000 abitanti.

Secondo i dati di PASSI d'Argento, il 12,4% degli anziani pugliesi intervistati riferisce una caduta negli ultimi 30 giorni (Tabella 5.2.8.1). La maggior parte della cadute sono avvenute in casa (64,2%), mentre in strada si è verificato il 23,7% delle cadute.

Tabella 5.2.8.1. Proporzione (%) di soggetti che sono caduti negli ultimi trenta giorni, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà

economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012

Caratteristiche	Cadute negli ultimi 30 giorni (%)
Classi di età	
65-74 anni	9
75+ anni	16
Sesso	
Uomini	8
Donne	16
Istruzione	
Alta	9
Bassa	14
Difficoltà economiche	
Molte	9
Qualcuna	9
Nessuna	14
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	4
In buona salute, ma a rischio	11
A rischio di disabilità	12
Con disabilità	24

Negli ultimi 12 mesi, solo il 23,7% ha ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere. La maggior parte degli anziani utilizza misure precauzionali specialmente nel bagno (tappetino antisdrucciolo in bagno, maniglioni e seggiolini da doccia).

Tra le persone cadute, circa il 21,4% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta.

4.3 Sorveglianza delle dipendenza patologiche

Flusso dei dati

Nel corso degli ultimi vent'anni, accanto alla tendenza dei giovani a consumare droghe, si è manifestata la proliferazione di dipendenze senza sostanze stupefacenti da oggetti e attività legali. In entrambi i casi, l'elemento di dipendenza e le esperienze ad esso correlate, assorbono le personalità del soggetto, divenendo il fulcro della sua vita privata e delle sue esperienze.

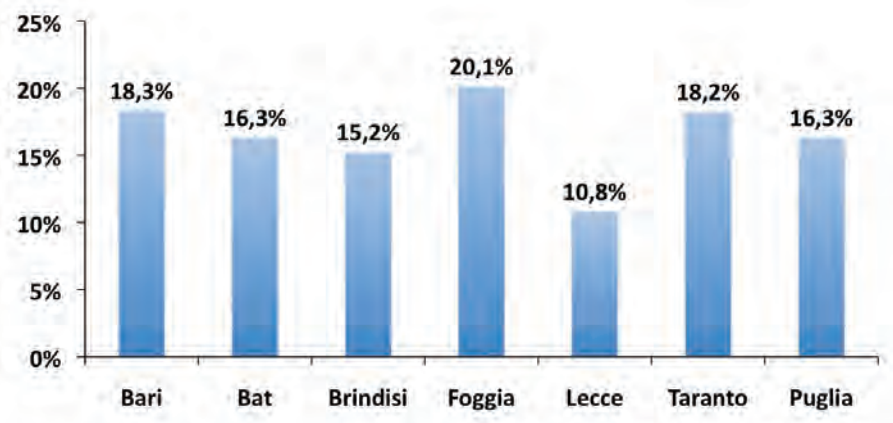
La dipendenza non chimica è uno dei massimi rappresentanti della psicopatologia moderna e postmoderna. Il sesso, gli acquisti, il gioco, il computer, internet e la televisione, il lavoro, la sfera affettiva sono elementi legalizzati dalla società che, purtroppo talvolta, con una frequenza irregolare, smettono di svolgere il loro ruolo sociale per schiavizzare l'essere umano.

Al fine di monitorare il fenomeno delle dipendenze patologiche, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri è stato istituito il Sistema Informativo Dipendenze (SIND), che rappresenta da oggi il principale flusso informativo sanitario relativo ai consumatori, in trattamento, di sostanze psicotrope illegali. Tale flusso informativo è una componente del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e pertanto la sua implementazione costituisce debito informativo delle Regioni nei confronti dello Stato.

4.3.1 Risultati, anno 2011

4.3.1.1.1 Soggetti tossicodipendenti

Per l'anno 2011, secondo l'OEDT (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), l'Italia è risultato il Paese europeo con la prevalenza più alta (14,3%) di consumo di cannabis nella fascia 15-64 anni, seguita da Spagna, Repubblica Ceca e Francia; la prevalenza di consumo di cocaina nella stessa fascia d'età, invece, piazza l'Italia al terzo posto con un valore pari al 2,1% (al primo e secondo posto si trovano Spagna e Regno Unito rispettivamente).
Secondo i dati SIND, nel 2011 in Puglia erano in trattamento presso i Servizi Tossicodipenze 13.188 persone di età compresa tra i 15 ed i 65 anni, pari allo 0,48% di tutta la popolazione di quella fascia di età.
Il numero di utenti in carico per anno ha subito negli ultimi 7 anni delle variazioni, passando dai 12.215 nel 2005 ai 13.270 nel 2008, senza che si possano delineare dei veri e propri trend.
La proporzione dei nuovi utenti sul totale degli assistiti nel 2011 è globalmente del 16% (dato nazionale 19,5%) e si osserva una certa disomogeneità tra le diverse Asl, con percentuali più elevate nella ASL Foggia (Grafico 6.2.1.1).
Grafico 6.2.1.1 Proporzione di nuovi utenti sul totale dell'utenza tossicodipendente, per ASL. Puglia, anno 2011

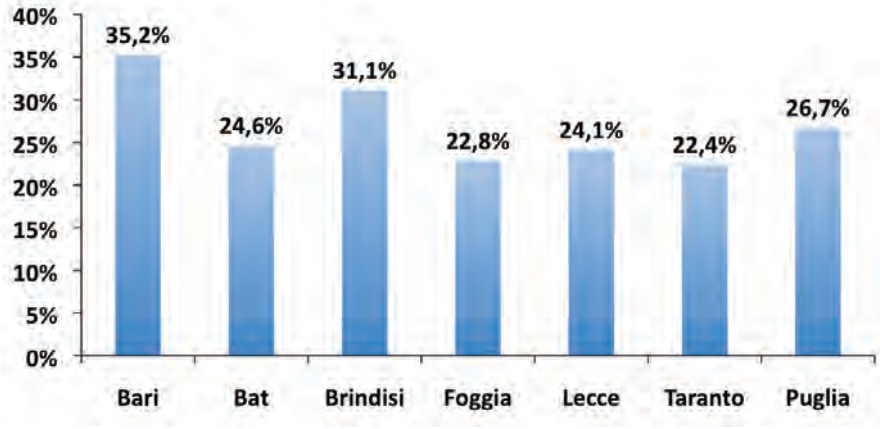


4.3.1.1.2 Soggetti alcoldipendenti in carico

Nel 2011 gli alcolisti in trattamento presso i Servizi Tossicodipendenze della regione Puglia sono 2.333 con un incremento rispetto ai 2.102 nel 2008. Negli ultimi 7 anni si è registrato un trend di aumento costante; infatti nel 2004 il numero di alcolisti assistiti in Puglia era di 1.295.

Il 26,7% degli alcolisti assistiti è stato preso in carico per la prima volta nel 2011, con differenze tra le varie Asl (Grafico 6.2.2.1).

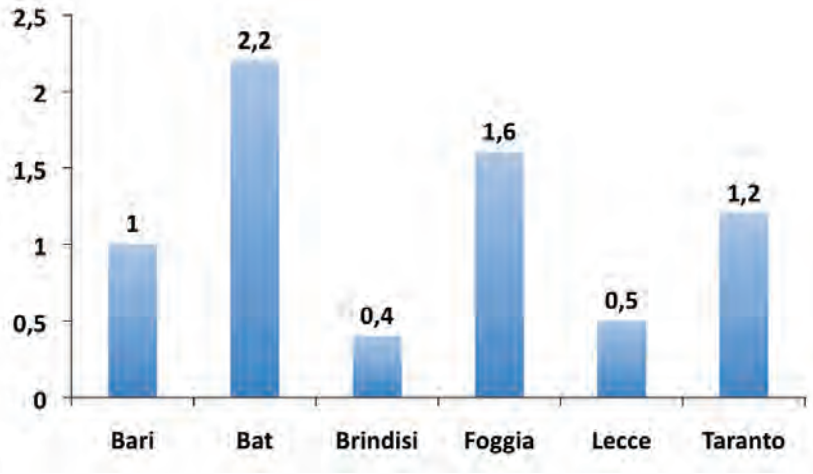
Grafico 6.2.2.1. Proporzione di alcolisti afferiti per la prima volta nell'ultimo anno ai Servizi Tossicodipendenze sul totale degli assistiti alcolisti, per ASL. Puglia, anno 2011



4.3.1.1.3 Soggetti dipendenti dal gambling

In Italia nel 2011 sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui l'82% maschi; di essi, circa la metà dei casi sono soggetti presi in carico nell'ultimo anno.
La prevalenza di utenti presi in carico per dipendenza da gambling sul totale della popolazione residente di maggiore età risulta pari a 1 su 10.000; tale prevalenza si distribuisce in maniera non uniforme per Asl di residenza (Grafico 6.2.3.1).

Grafico 6.2.3.1. Prevalenza (per 10.000 residenti) degli utenti con dipendenza da gambling in carico ai Servizi Tossicodipenze, per Asl, Puglia, anno 2011



6.2.4. Soggetti affetti da altre tipologie di dipendenze non chimiche

In base ai dati trasmessi tramite le schede al Ministero della Salute, nel 2011 gli utenti con altre forme di dipendenza (es. psicofarmaci, cibo, videogiochi,...) in carico ai Servizi Tossicodipendeze della regione Puglia sono 40 e afferiscono a tutte le Asl con l'eccezione dell'Asl Taranto; per il 67,5% si tratta di soggetti di sesso femminile.

La prevalenza di utenti presi in carico per altre tipologie di dipendenze sul totale della popolazione residente è pari a 0,1 per 10.000.

4.4 Promozione della Salute

La definizione di "salute", indicata nella Costituzione dell'OMS, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" attribuisce a tutti gli Stati e alle loro articolazioni la ricerca e l'individuazione dei fattori che agiscono negativamente sulla salute collettiva e la promozione dei fattori che agiscono favorevolmente.

Tutto ciò è stato ulteriormente ribadito durante la 4ª Conferenza Europea sulle Scuole che Promuovono Salute, che si è svolta a Odense, in Danimarca, dal 7 al 9 Ottobre 2013, a conclusione della quale è stata elaborata la *"Dichiarazione di Odense: il nostro ABC per Equità, istruzione e Salute"*. Tale documento afferma i valori fondamentali delle Scuole per la Salute in Europa (SHE).

In estrema sintesi essi sono:

• **Equità.** Un accesso equo per tutti all'istruzione e alla salute.

• **Sostenibilità.** Salute, istruzione e sviluppo sono correlate tra loro, con attività e programmi implementati in modo sistematico nel lungo periodo.

• **Inclusione.** La diversità viene valorizzata. Le scuole sono comunità di apprendimento nelle quali tutti si sentono accolti e rispettati.

• **Empowerment.** Tutti i membri della comunità scolastica sono coinvolti attivamente.

• **Democrazia.** Le Scuole che Promuovono Salute si fondano sui valori della democrazia.

Fornire risposte concrete in tal senso significa operare scelte strategiche investendo in Prevenzione e in Promozione della Salute, come leva per garantire uno stato di benessere psicofisico fin dalle prime fasce di età.

4.4.1 Le caratteristiche dell''Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale

In attuazione e continuità con quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-13, con il Programma "Scuola in Salute", la Regione Puglia ha regolamentato le azioni di Promozione della Salute nel mondo della scuola, approvando con Delibera di Giunta Regionale n. 1702/2011, il Protocollo d'Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia.

In tale direzione l'Assessorato al Welfare e l'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, riconoscendosi attraverso un modello di *governance* interistituzionale come interlocutori privilegiati nella programmazione dell'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle scuole, intendono potenziare gli interventi nell'ottica della centralità della persona ed operare con rinnovata attenzione in riferimento alle problematiche di salute dei giovani pugliesi.

È convinzione condivisa che la qualità degli interventi scaturisca da una rete di azioni, relazioni, metodologie e tecniche che, coniugando i ruoli dei diversi attori, si muova in modo sistemico e osmotico sia in direzione *bottom up* sia in direzione *top down*.

La strutturazione degli interventi secondo un'ottica sistemica contribuisce a creare le condizioni migliori per dare concretezza ad una nuova idea di "educazione alla salute" intesa come parte integrante dell'attività istituzionale a tutti i livelli.

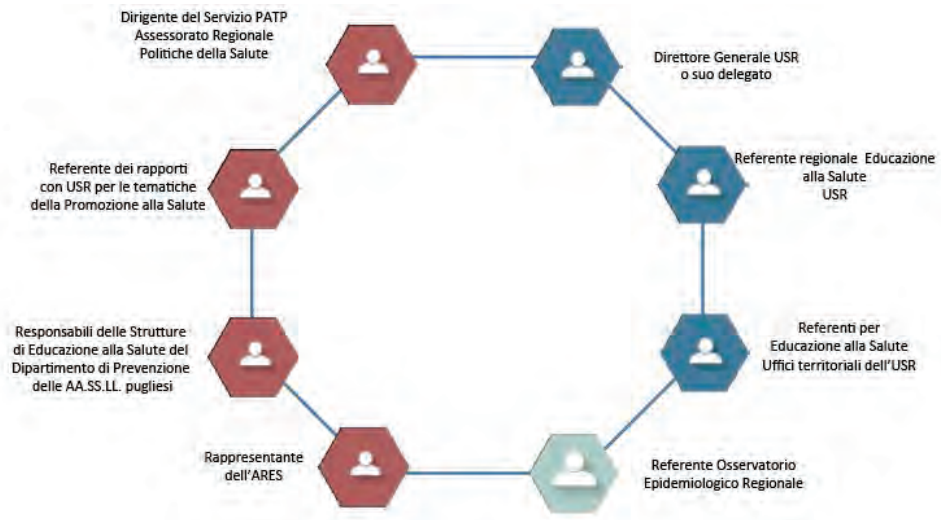
La modalità osmotica tende a privilegiare l'intervento laddove il bisogno risulta maggiore, con continui "aggiustamenti" resi possibili grazie alla rilevazione delle reali ricadute delle azioni poste in essere, a breve e lungo termine. Rilevazione delle ricadute non solo in termini di attenzione generale ai bisogni e ai processi attivati in risposta ad essi ma anche rispetto ai "guadagni di salute" della popolazione giovanile e ai guadagni di consapevolezza dell'importanza della prevenzione in via diretta per la salute propria ed indiretta per quella della collettività.

Occorre intensificare il coinvolgimento delle scuole nella co-costruzione di percorsi che consentano alle scuole che lo desiderano di diventare "scuole che promuovono salute", ovvero occorre integrare sempre più le politiche educative con quelle per la salute, riconoscendo che le une non possono funzionare senza le altre.

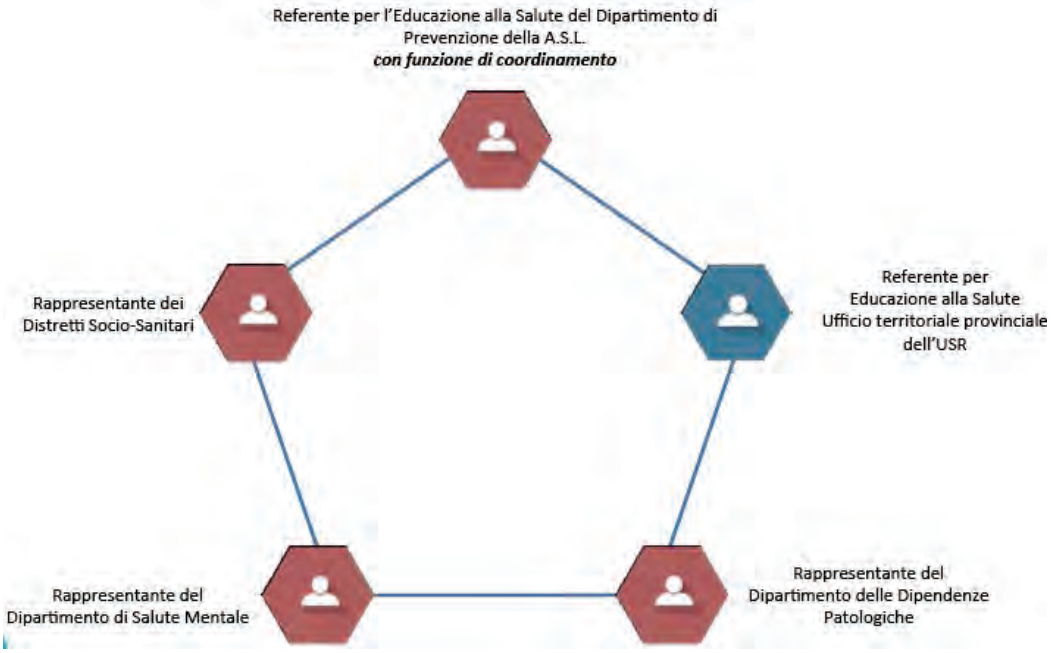
4.4.2 La struttura organizzativa del Protocollo d'Intesa

Il rapporto di collaborazione instauratosi tra l'Assessorato al Welfare e la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale, grazie alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa del 2011, nel individuare un modello di *governance* ha sostanzialmente creato delle strutture operative che ne garantiscono il funzionamento.

• Una cabina di regia regionale, denominato Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI), costituito dall'Assessorato al Welfare, dalla Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia, dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dall' Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), dalle unità operative di Educazione alla Salute delle ASL e dagli Uffici Scolastici degli ambiti territoriali.



• Una struttura presso ciascuna sede provinciale della ASL, denominata Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA) composta almeno da i rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e dell'Ufficio Scolastico Territoriale. Tali Strutture sono aperte a tutti gli attori della promozione alla salute che operano nelle ASL, e vedono a loro supporto anche le associazioni di volontariato. Il ruolo di coordinatore del GIA è ricoperto dal Referente per l'educazione alla salute del Dipartimento di Prevenzione.



Con Determina Dirigenziale n. 186 del 13.06.2012 é stato adottato il regolamento per il funzionamento di tali strutture operative.

Il GTI è l'organismo regionale di coordinamento dei due Enti Promotori, ed opera per seguire le finalità di cui all'art. 1 del Protocollo. Attraverso la lettura dei dati epidemiologici operata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia e la rilevazione dei bisogni delle istituzioni Scolastiche individua le priorità di intervento ai fini della definizione del "Piano Strategico per l'Educazione alla Salute" il quale viene approvato; predispone il piano annuale degli interventi e gli indirizzi operativi per la loro realizzazione, favorisce il raccordo con progetti e linee di intervento già avviati a livello nazionale e interregionale; esercita un'attività di monitoraggio sulle iniziative dei GIA, valuta le proposte e le relazioni annuali da parte dei GIA, favorisce la raccolta, la diffusione e la promozione delle buone pratiche, propone interventi formativi rivolti ad operatori scolastici e sociosanitari, monitora gli accordi locali tra le AA.SS.LL. e le Istituzioni Scolastiche Autonome.

Annualmente viene organizzata una Conferenza ove vengono rappresentati i risultati e le valutazioni che riguardano le attività relative al precedente Piano Strategico, promuove l'uso di strumenti di comunicazione (News, report, on-line ecc) per favorire la diffusione delle buone pratiche realizzate in ambito regionale

Il GIA è l'organismo di coordinamento a livello locale dei due Enti Promotori, opera a livello locale ed è costituito in tutte le Aziende Sanitarie Locali. Le figure professionali coinvolte hanno il compito di fornire a seconda del ruolo e del background di esperienze e competenze possedute, il proprio contributo tecnico specialistico a supporto degli enti firmatari del Protocollo d'Intesa

Secondo una tempistica stabilita tutti i soggetti interessati alla promozione dell'educazione alla salute (province, comuni, associazioni di volontariato ecc.) hanno la possibilità di presentare proposte progettuali, sia a carattere provinciale che regionale.

I sistemi di sorveglianza sono a cura dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia (OER), che aderendo a studi nazionali, applica strumenti standardizzati, in modo da rilevare e confrontare dati utili per la programmazione e la sorveglianza dei progetti di prevenzione. Conoscere e propagare i risultati del lavoro epidemiologico dei GIA, in modo semplice, ma tempestivo, è cosa di grande utilità per una comune crescita culturale. Ogni sistema di sorveglianza segue tempi e modalità *ad hoc*.

4.4.3 Finalità del GTI e del GIA

I gruppi di lavoro sostanzialmente aperti alle diverse professionalità presenti nei territori hanno attivato azioni di collaborazione multipla sia in verticale che in direzione orizzontale allo scopo di:

- programmare e realizzare azioni centrate sui bisogni rilevati;
- definire le priorità degli interventi;
- progettare interventi tipo e strumenti operativi;
- sostenere la formazione degli operatori sanitari e scolastici;
- attuare la verifica dell'efficacia degli interventi per la successiva valutazione.

Annualmente viene prodotto un *"Piano Strategico Regionale per la Promozione alla Salute nelle Scuole: Catalogo"* di offerte formative rivolte al mondo della scuola che scaturisce da una azione di monitoraggio dei bisogni e di definizione delle priorità ai fini della programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità scolastica. Inoltre, tali proposte devono rispettare almeno uno dei seguenti criteri:

- far parte di programmi nazionali/europei promossi dal Ministero della Salute, Comitato per il Controllo delle Malattie, Istituto Superiore di Sanità;
- essere a valenza regionale o estendibile a livello regionale;
- costituire la continuazione di progetti già avviati in passato e che hanno prodotto risultati positivi, oggettivamente valutabili;
- essere basati su metodologia scientifica;
- prevedere un sistema di misurazione e valutazione dei risultati;
- avere come principii fondamentali l'intersettorialità, la sostenibilità e l'efficacia.

Il "Catalogo" inoltre, è arricchito dalla presenza di diversi progetti che testati a livello provinciale verranno sperimentati a livello regionale nel corrente anno scolastico, al fine di verificarne i risultati e la sostenibilità su larga scala.

Inoltre gli strumenti operativi definiti per le diverse fasi durante gli anni di attuazione del piano strategico saranno ulteriormente implementati mediante il coinvolgimento degli studenti.

4.4.4 Il catalogo

Tale guida è ad oggi considerato lo strumento di pianificazione ed attuazione delle azioni di Promozione alla Salute nelle giovani popolazioni studentesche della regione.

Garantisce per la Scuola l'attuazione di percorsi che integrando l'azione curricolare e quella extracurricolare puntano a far acquisire esperienze e competenze realmente spendibili per la vita e per la Sanità l'attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione in perfetta linea con gli obiettivi e le finalità del Piano Nazionale della Prevenzione.

Esso si propone come guida per tutti coloro (docenti, operatori sanitari, dirigenti scolastici, dirigenti sanitari) che operano per la Promozione della Salute, per tutti coloro che sono chiamati, nell''ambito della propria attività lavorativa, ad effettuare scelte e azioni che coinvolgono gli studenti affinché diventino cittadini "consapevoli".

Tutte le progettualità proposte, condivise nella costruzione, nella metodologia e nella valutazione, partono da una rilevazione del fabbisogno manifestato da parte della scuola e dall'analisi dei dati epidemiologici relativi allo stato di salute della popolazione.

Il catalogo è suddiviso per sezioni:

- **"I Progetti a valenza Regionale"** - *una sezione contenete tutte le proposte di intervento di carattere regionale, suddivise per area tematica: tabagismo, incidenti stradali, comportamenti a rischio, luoghi di lavoro, alimentazione;*
- **"I Progetti Sperimentali"** - *contiene progettualità che si contraddistinguono per l'innovazione tematica, la metodologia costruttiva e sono oggetto di attenta analisi al fine di un eventuale "esplosione" futura su scala regionale;*

• "**I progetti a valenza provinciale**" - *un ventaglio di proposte provinciali che tengono conto delle specifiche problematiche e peculiarità locali,*

• "**Le azioni informative**" – *una sezione in cui sono presenti azioni informativo/divulgative;*

• "**Le azioni di Governo**" – *accordi tra istituzioni, presentazione di campagne informative rivolte alla popolazione in generale, bando di concorso.*

• "**Gli Studi di Sorveglianza**" – *un approfondimento dei dati epidemiologici della nostra popolazione;* •

• "**Come aderire ai Progetti**" – *la descrizione delle modalità di adesione da parte delle scuole alle singole progettualità, la modalità di presentazione di nuovi progetti, e le scadenze;*

"**La rete dei Promotori della Salute**" – *i componenti dei vari tavoli di coordinamento sia regionali che provinciali, tutti gli operatori che si impegnano nella loro attività lavorativa all'attuazione del Catalogo e le Scuole che hanno aderito lo scorso a.s. al Catalogo;*

• "**Area documentale**" – *documenti e link utili*

4.4.5 Monitoraggio

Va evidenziata l'adozione di strumenti atti al monitoraggio delle singole azioni poste in atto. Sono censiti annualmente, attraverso la creazione di flussi *ad hoc*, il numero di adesioni, ai singoli programmi, che provengono dalle scuole della regione, con un livello di dettaglio che prevede per singola ASL: l'identificazione dell'istituto scolastico, il numero di insegnati, classi e studenti coinvolti, l'identificazione degli insegnati referenti per la materia; con flussi periodici viene verificato lo stato di avanzamento dei singoli programmi.

Sono previste, inoltre, azioni di monitoraggio sia dei singoli programmi che delle azioni di governo sostenute dall'Intesa. Da alcuni anni viene indagato l'impatto dell'Intesa sui due Sistemi coinvolti (Sanità e Scuola) mediante la compilazione di un questionario denominato "Miglioriamoci". Ciò allo scopo di potenziare l'attività di ricerca e di diffusione dei risultati al fine di fornire alle diverse professionalità coinvolte a tutti i livelli, i dati sui quali programmare ulteriori interventi migliorativi.

4.4.6 Stato dell'arte e risultati del monitoraggio

Sono stati prodotti ad oggi n° 3 Cataloghi, si riportano brevemente i dati relativi alla annualità appena trascorsa: sono state ben 472 le scuole che hanno realizzato almeno un programma (regionale o provinciale) di educazione alla salute; in totale sono state coinvolte 3.200 classi, circa 3.000 insegnanti e complessivamente sono stati raggiunti 70.300 ragazzi di età compresa tra gli 8 - 18 anni.

Rispetto all'anno precedente si è avuto un incremento di circa il 30% sia del numero di classi che di studenti.

Le linee progettuali che hanno riscosso maggiore interesse hanno riguardato la prevenzione per la corretta alimentazione, nei luoghi di lavoro, verso i comportamenti a rischio.

Inoltre sono state sperimentate progettualità innovative quale ad esempio il progetto "Teen Explorer", che ha come obiettivo quello di prevenire i pericoli associati all'uso improprio del web (es. cyber bullismo, adescamento on line). Il progetto ha coinvolto circa 2000 studenti della provincia di Bari nell'a.s. 2013-14 e dopo tale sperimentazione l'intervento è stato esteso a tutto il territorio regionale.

L'azione di *governance* prevede il monitoraggio delle azioni poste in essere sia dal punto di vista della sanità che della scuola, con particolare attenzione alle ricadute che tali azioni hanno sui due Sistemi.

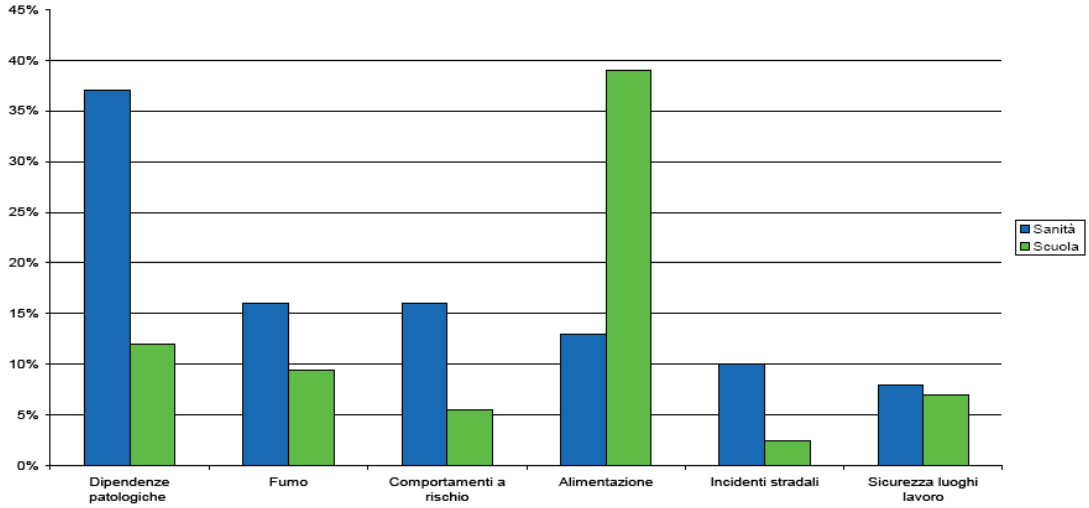
A tal proposito è stata creata una scheda valutativa denominata "MIGLIORIAMOCI" differente per il personale scolastico e per quello sanitario.

I questionari hanno indagato lo stato di avanzamento dei progetti, i corsi di formazione, il livello di collaborazione dei due mondi e il grado di soddisfazione degli addetti, l'impatto del Piano Strategico con la normale programmazione della scuola e, per la sanità, l'interazione tra i Servizi coinvolti e il sostegno delle strutture superiori.

Sono stati registrati circa 1.000 accessi (77% personale scuola e 23% sanità). Il numero di accessi è sovrapponibile a quello della precedente rilevazione ed attesta l'attenzione crescente del mondo scolastico nei confronti di una azione congiunta che grazie alla perfetta sintonia creatasi all'interno del tavolo di lavoro inter-istituzionale è certamente destinata a proseguire, migliorandosi.

I risultati sono molto incoraggianti, infatti per la sanità è emerso che il maggior numero di accessi nell'ultima indagine ha riguardato le tematiche inerenti le "dipendenze patologiche" (37%), seguite dalla tematica "fumo" e "comportamento a rischio" (16%), "alimentazione" (13%), "incidenti stradali" (10%) e "sicurezza sui luoghi di lavoro" (8%). Per la scuola invece tra i progetti che hanno suscitato maggiore interesse risultano quelli sull'alimentazione (39%), seguiti da quelli inerenti le dipendenze patologiche (12%), quelli sul fumo (9,4%), sicurezza sui luoghi di lavoro (7%), i comportamenti a rischio (5,5%) ed infine quelli sugli incidenti stradali (2,5). Tale dato evidenzia, in alcuni casi, la necessità di un maggior confronto in fase di costruzione dei percorsi e condivisione degli obiettivi (Grafico 7.5.1).

Grafico 8.5.1. Proporzione (%) di accessi per tematiche, stratificata per provenienza scolastica e sanitaria. Miglioriamoci 2014.



Nel 96% dei casi l'attività formativa annua si è rilevata conforme alle aspettative (buono/ottimo) e nel 90% dei casi i progetti sono risultati adeguati al miglioramento dell'attività didattica/educativa e con "Metodologia" efficace.

L'85% del personale sanitario ha evidenziato come il livello di collaborazione col personale scolastico sia stato buono/ottimo, percentuale superiore a quella indicata nell'anno precedente (77%); l'82% ha ritenuto buono/ottima l'organizzazione e il 25% ha dichiarato "scarso e/o appena sufficiente" il numero del personale sanitario impegnato, problematica meno sentita rispetto all'AA 2012/13.

In definitiva l'analisi delle risposte ha evidenziato che il Catalogo, sia per la scuola che per la sanità, è diventato uno strumento di riferimento, il livello di attenzione ad esso sta migliorando così come il già ottimo livello di collaborazione tra le due realtà; risulta migliorabile, per l'ambito sanità, l'organizzazione interna, in termini di carichi di lavoro.

Inoltre tale studio consente di disporre di dati affidabili e significativi capaci di costituire un valido supporto alle decisioni collegate alla programmazione delle risorse ma anche alla qualità degli interventi.

L'azione complessiva di *governarce*, basata anche sull'opinione degli operatori, ha certamente contribuito ad avviare un cammino comune, scuola/sanità, per accrescere la consapevolezza dell'importanza della cultura della prevenzione nelle giovani generazioni.

E' in fase di validazione un questionario rivolto ai ragazzi finalizzato alla conoscenza degli stati d'animo e delle opinioni degli studenti al fine di rendere migliori e partecipati i processi organizzativi.

4.5 Salute e Ambiente

Il rapporto con l'ambiente è una delle determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana. Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione, da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è un compito molto complesso.

Un esempio è il caso delle aree ad elevato rischio ambientale e dei Siti di Interesse Nazionali per le Bonifiche: si tratta di territori in cui l'assetto produttivo, con la costruzioni di imponenti e vasti insediamenti industriali a ridosso dei centri abitati, ha comportato negli anni un consistente degrado delle condizioni ambientali, con inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo a sua volta responsabile del deterioramento misurabile dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità delle zone industriali, documentato già negli anni '90 dagli studi del WHO, e confermato dagli studi Sentieri dell'ISS e dalle molteplici indagini svolte a livello regionale e locale. In questo contesto, infatti, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute. In questo contesto, infatti, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute.

Tale riallineamento si rende indispensabile non solo per la gestione delle situazioni di crisi ma anche per le ordinarie funzioni di prevenzione rispetto agli effetti sanitari associati ai fattori di rischio ambientale, delegate secondo i diversi livelli di responsabilità tra gli enti di protezione ambientale e le strutture sanitarie.

Normativa

Il D.Lgs 502/92 e s.mi., riporta nell'art. 7 quiquies il tema di "coordinamento con le Agenzie Regionali l'Ambiente": preciso è il riferimento all'impegno che Regioni e Provincie Autonome devono assumere per individuare modalità e livelli di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali attraverso la stipula di accordi di programma e convenzioni tra ASL e ARPA per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alla attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio.

In Puglia, con la Legge Regionale n° 6 del 22.01.1999 con cui si istituiva l'ARPA, sono state separate le funzioni di controllo ambientale da quelle di prevenzione collettiva.

Nel definire le competenze in materia ambientale dell'ARPA, nell'articolo 4 (lettera r) viene indicata l'esigenza di condurre azioni coordinate e integrate, laddove le funzioni abbiano valenza sia ambientale che sanitaria, riconoscendo lo stretto legame che esiste fra ambiente e salute. Con la Legge Regionale n°27 del 2006 è stata ridefinita, a partire dall'introduzione della parola "prevenzione" nella denominazione dell'agenzia regionale, la *mission* di ARPA Puglia prevedendo: il riallineamento funzionale col Servizio Sanitario Regionale mediante la stipula di accordi di programma; la gestione di una efficiente rete di laboratori dotati di certificazione di qualità; la gestione di una efficiente rete di sistemi di controllo territoriale dei fattori fisici, chimici e biologici d'inquinamento ambientale; l'attività di consulenza tecnico-scientifica per Regione, ASL, Province, Enti gestori di aree protette, Comunità montane e Comuni; la vigilanza in materia ambientale; la comunicazione e informazione ambientale; la promozione nel sistema delle imprese della certificazione ambientale e dei bilanci sociali; la cura delle attività di formazione e ricerca in materia ambientale anche in collaborazione con le Università e i centri di ricerca.

Un ulteriore punto qualificante era rappresentato dall'introduzione, tra i compiti dell'Agenzia, della funzione di epidemiologia ambientale, intesa come "lo studio degli effetti, sulla salute delle popolazioni, dell'esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici esterni all'organismo umano e di fattori immediati e remoti di ordine sociale, economico e culturale (urbanizzazione, sviluppo agricolo, produzione di energia) associati a tali agenti fisici, chimici e biologici".

In questo modo si ponevano le premesse affinché ARPA Puglia si configuri quale componente attivo all'interno del sistema della prevenzione e del controllo del territorio, mettendo a disposizione del sistema stesso di dati, risorse e competenze a tutela della salute pubblica e dell'ambiente, prospettando allo stesso tempo il tema della definizione di una governance condivisa con gli enti del SSR.

La necessità di uno specifico focus sul tema dell'integrazione ambiente e salute è stata accolta nel Piano della Salute 2008-2010 della Regione Puglia (L.R. 23/2008), che indicava quale obiettivo da perseguire, oltre all'integrazione operativa, una integrazione anche strategica, finalizzata ad inserire la componente salute nella valutazione ambientale.

Tale impostazione mirava a conseguire un approfondimento dell'interpretazione delle relazioni tra ambiente ed effetti sulla salute che si qualifica quale momento fondamentale nella programmazione degli interventi di prevenzione e nella comunicazione alla popolazione sui temi della salute in relazione all'ambiente.

Con il Regolamento Regionale 30 giugno 2009, n. 13, "Organizzazione del dipartimento di prevenzione" si sancisce la necessità di "riorientare" le articolazioni funzionali di sanità pubblica affinché siano in grado di considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, intesa come esito di fattori - i determinanti di salute - come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Viene inoltre indicata la necessità di ridefinire ambiti e priorità in modo da conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

Sono previsti due momenti di integrazione intersettoriale con gli altri attori istituzionalmente incaricati di funzione di prevenzione: uno, demandato al Comitato di Direzione di ogni Dipartimento di Prevenzione; l'altro, collocato nel contesto della Consulta regionale dei Direttori di Dipartimenti di Prevenzione.

Viene inoltre richiamata la necessità dello sviluppo di una cultura epidemiologica in seno al Dipartimento di Prevenzione, che diventi uno strumento utilizzato trasversalmente per programmare strategie di intervento su una base consolidata di conoscenza dei rischi e dei danni, a partire da una adeguata definizione delle priorità, consentendo quindi la migliore allocazione possibile delle risorse disponibili, sia umane che finanziarie.

Un positivo impulso, in tema di integrazione ambiente-salute, si è avuto con i protocolli di collaborazione sviluppatisi per singole realtà dove viene indicata e attribuita la responsabilità del procedimento all'ARPA o ai Dipartimenti di sanità pubblica quando svolgano attività in cui è necessario il concorso dell'uno o dell'altro Ente a seconda delle materie di competenza.

Tuttavia la costruzione di un sistema efficiente che operi in modo omogeneo sul territorio regionale deve prevedere la stipula di un accordo quadro a livello centrale che definisca in modo chiaro e univoco un modello di governance delle tematiche di integrazione ambiente e salute, che possa essere recepito e adattato secondo le specifiche esigenze locali.

Schematicamente, sulla base delle evidenze epidemiologiche, è possibile ricondurre a quattro le situazioni che richiedono specifiche modalità di gestione affinché si sia in grado di offrire una risposta appropriata:

Effetti sanitari attuali dovuti ad esposizioni pregresse, non più presenti: i risultati degli studi epidemiologici, sia descrittivi che analitici, mostrano eccessi per patologie tumorali caratterizzati da lunga latenza, rispetto ai quali è necessario impostare programmi di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, pur nella consapevolezza che, per la maggior parte delle patologie in questione, non esistono programmi di screening efficaci.

Effetti sanitari dovuti agli inquinanti organici persistenti: in questi casi, l'intervento appropriato corrisponde alla caratterizzazione dell'esposizione e degli effetti sanitari e all'attivazione di specifici programmi di bonifica

Effetti sanitari dovuti a fattori di rischio attualmente presenti: rispetto alle contaminazioni in corso, è fondamentale disporre di rigorosi monitoraggi ambientali e strumenti di sorveglianza epidemiologica, che possano consentire azioni di prevenzione primaria essenzialmente legati all'intervento sulle fonti inquinanti

Impatti sanitari stimati in corrispondenza di possibili scenari, attuali o predetti, di contaminazione ambientale: a questo aspetto corrisponde essenzialmente la possibilità di intervenire nel contesto delle autorizzazioni ambientali anche per provare a definire dei limiti di concentrazione *health-based*.

4.5.1 La realtà regionale

Il tema dell'integrazione ambiente e salute si è posto drammaticamente in Regione Puglia con il cosiddetto "caso Taranto", che ha esplicitato il conflitto tra scelta dei modelli di sviluppo economico e tutela dell'ambiente e della salute, ed esaltato le contrapposizioni sociali tra i diversi portatori di interesse.

Tale riallineamento si rende indispensabile non solo per la gestione delle situazioni di crisi ma anche per le ordinarie funzioni di prevenzione rispetto agli effetti sanitari associati ai fattori di rischio ambientale, delegate secondo i diversi livelli di responsabilità tra gli enti di protezione ambientale e le strutture sanitarie.

Da questo punto di vista, una delle più rilevanti esperienze regionali è senz'altro rappresentata dall'emanazione della norma regionale sulla Valutazione di Danno Sanitario, la legge regionale n. 21 del 24 giugno 2012, che affronta l'aspetto della valutazione del danno sanitario associato ai limiti emissivi è stato affrontato dalla Regione Puglia: i criteri metodologici e applicativi sono stati formalizzati con il Regolamento n.24 del 3 ottobre 2012 ed essenzialmente prevedono la definizione di una fase conoscitiva, sulla base della rassegna dei dati ambientali e sanitari disponibili; secondo la procedura definita, che ha come oggetto di indagine specifici stabilimenti delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionale per le bonifiche, la valutazione del quadro epidemiologico funge da filtro per la prosecuzione della valutazione: se ci sono criticità sanitarie potenzialmente associate con i fattori di rischio identificati nella fase precedente si prosegue con gli step successivi, fondati sulla realizzazione di una procedura di risk *assessment i cui* risultati, in senso qualitativo, vengono valutati alla luce di opportune misure epidemiologiche nell'area di massima ricaduta degli inquinanti. Se sia le stime di rischio che i dati epidemiologici evidenziano un danno sanitario, si dà seguito alle indicazioni di riduzione delle emissioni, dopo aver acquisito le osservazioni del gestore, ovvero, nel caso di ILVA, al riesame dell'AIA. Nel caso in cui non vi sia tale concordanza (da intendersi in senso puramente qualitativo), si procede ad un approfondimento epidemiologico, attraverso ad esempio uno studio di coorte residenziale.

Dal punto di vista organizzativo, l'attività è demandata ad un gruppo di lavoro costituito da referenti delle ASL territorialmente competenti, dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AReS Puglia) e coordinato da ARPA Puglia.

Questo strumento normativo rappresenta in Puglia il primo esempio operativo di definizione di criteri e modalità di lavoro integrate tra competenze ambientali e competenze sanitarie identificato al livello regionale.

In ottemperanza alla norma regionale sono stati prodotti il Rapporto di Valutazione di Danno Sanitario di ILVA s.p.a di Taranto – che evidenzia un rischio residuo per la salute umana nello scenario post AIA al 2016 e la necessità di ulteriori misure nella fase di risk management, e il Rapporto Preliminare di Valutazione di Danno Sanitario di Enel Brindisi.

Rispetto a questo ultimo punto, la necessità di incorporare la valutazione degli aspetti sanitari nei procedimento di autorizzazione ambientale è stata sottolineata nel documento "Ambiente e salute a Taranto: evidenze disponibili e indicazioni di sanità pubblica" redatto da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità e presentato a Taranto il 22 ottobre 2012 dal Ministro della Salute, in cui si legge: L'approccio valutativo proposto in questa nota intende inoltre colmare una lacuna metodologica della procedura di Autorizzazione Ambientale Integrata (AIA) di cui al D.Lgs 152/2006, che limita il suo orizzonte prescrittivo alla riduzione delle emissioni finalizzata al miglioramento della qualità ambientale e trascura gli aspetti più specificamente sanitari.

Il tema della valutazione del danno sanitario associato ai limiti emissivi è stato affrontato dalla Regione Puglia con un intervento normativo specifico, la legge regionale n. 21 del 24 giugno 2012: i criteri metodologici e applicativi sono stati formalizzati con il Regolamento n.24 del 3 ottobre 2012 ed essenzialmente prevedono la definizione di una fase conoscitiva, sulla base della rassegna dei dati ambientali e sanitari disponibili; secondo la procedura definita, che ha come oggetto di indagine specifici stabilimenti delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionale per le bonifiche, la valutazione del quadro epidemiologico funge da filtro per la prosecuzione della valutazione: se ci sono criticità sanitarie potenzialmente associate con i fattori di rischio identificati nella fase precedente si prosegue con gli *step* successivi, fondati sulla realizzazione di una procedura di *risk assessment* i cui risultati, in senso qualitativo, vengono valutati alla luce di opportune misure epidemiologiche nell'area di massima ricaduta degli inquinanti. Se sia le stime di rischio che i dati epidemiologici evidenziano un danno sanitario, si dà seguito alle indicazioni di riduzione delle emissioni, dopo aver acquisito le osservazioni del gestore, ovvero, nel caso di ILVA, al riesame dell'AIA. Nel caso in cui non vi sia tale concordanza (da intendersi in senso puramente qualitativo), si procede ad un approfondimento epidemiologico, attraverso ad esempio uno studio di coorte residenziale.

In data 23 agosto 2013 è stato quindi pubblicato il Decreto interministeriale recante i criteri metodologici per la redazione del rapporto di valutazione di danno sanitario in relazione agli stabilimenti di interesse strategico nazionale, che presenta alcune analogie, ma anche sostanziali differenze, rispetto all'impostazione pugliese.

In tema di esperienze regionali di integrazione ambiente e salute, va inoltre evidenziato che, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1980 del 12 ottobre 2012, è stato finanziato il primo Programma Straordinario Ambiente e Salute per Taranto, le cui linee di intervento hanno trovato il proprio razionale nel contesto delle evidenze epidemiologiche disponibili e nelle ulteriori esigenze conoscitive, anche a supporto della procedura di valutazione di danno sanitario. L'operatività viene garantita da un'integrazione funzionale delle competenze di ARPA Puglia, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari e la ASL Taranto, collocata all'interno del Centro Salute Ambiente.

La *mission* principale del Centro Salute Ambiente è quella di valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio e ricerca e le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali. Parallelamente, in funzione delle evidenze epidemiologiche disponibili circa le principali criticità sanitarie, sono implementate attività di prevenzione primaria e secondaria, nonché di potenziamento e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie correlate all'inquinamento atmosferico.

E' previsto che la produzione di conoscenze garantita attraverso la realizzazione del Piano debba essere accompagnata da attività di formazione/informazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione sugli aspetti di interazione ambiente-salute.

A valle di questo percorso, nel dicembre 2013, la Regione Puglia ha rimodulato il Programma Straordinario Ambiente e Salute per Taranto (DGR 2337 del 3 dicembre 2013).

Sono state identificate 5 macroaree di attività:

- ✓ **Macroarea 1** – Monitoraggi delle matrici ambientali e studio integrato delle contaminazioni ambientali
- ✓ **Macroarea 2** – Valutazione dell'esposizione a inquinanti ambientali
- ✓ **Macroarea 3** – Prevenzione, Promozione Attiva della Salute e Sorveglianza Sanitaria
- ✓ **Macroarea 4** - Potenziamento delle attività di formazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione
- ✓ **Macroarea 5** - Sorveglianza Epidemiologica

Attualmente è in corso di definizione un'ulteriore espansione delle attività del Centro Salute Ambiente con l'attivazione di uno specifico programma di interventi che prevede il coinvolgimento anche dei territori provinciali di Brindisi e Lecce.

Con DGR n. 1403 del 04/07/2014, la Regione Puglia ha adottato il Programma Operativo 2013-2014, con il quale si intende proseguire e rafforzare l'azione qualificazione dell'assistenza sanitaria, con una serie di interventi volti al miglioramento dell'offerta sanitaria ospedaliera e, soprattutto, di quella territoriale, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

Tra i programmi, nell'ambito del Programma 11 "- Sanità Pubblica" del Capitolo Livelli Essenziali di Assistenza – Prevenzione, è stato specificamente prevista un'azione "Integrazione Ambiente Salute".

Nel programma si prevede che "la formulazione delle risposte in tema di ambiente e salute passa attraverso il potenziamento dei servizi di vigilanza e controllo dei Dipartimento ARPA e dei Dipartimenti di Prevenzione, l'interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologica anche all'interno del Dipartimento di Prevenzione della ASL, di ARPA Puglia e di AReS Puglia, l'attivazione di specifiche attività di sorveglianza sanitaria connesse con le evidenze ambientali ed epidemiologiche nel territorio per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema della prevenzione.

In questo contesto diventa cruciale la definizione condivisa delle competenze.

Il tema paradigmatico è rappresentato dalla valutazione dell'esposizione: nella filiera che illustra la storia naturale delle malattie causate dalle emissioni industriali, una condivisa e razionale ripartizione delle competenze tra enti di protezione ambientale e strutture di tutela sanitaria potrebbe assegnare alle prime le attività che vanno dall'inventario delle emissioni sino alla stima della dose esterna (attraverso la stima o misura della concentrazione degli inquinanti a livello del recettore umano, per i rischi da inalazione), mentre alle seconde le attività di valutazione che vanno dalla misura della dose interna (attraverso il biomonitoraggio), sino agli outcome prettamente sanitari.

Risulta necessario impostare modelli di governance della tematica ambiente e salute, in grado di fornire risposte adeguate rispetto all'insieme delle problematiche connesse all'interazione tra fattori di rischio ambientali e impatti sanitari, attraverso la costruzione di tavoli di confronto permanenti sia a livello centrale che a livello periferico che giungano alla produzione di protocolli condivisi, in cui siano chiaramente identificati, per ciascuna area, le azioni da mettere in campo e le responsabilità (Tabella 8.2.1).

Tabella 8.2.1. Integrazione salute ambiente

Azione	Obiettivo Generale	Obiettivi Specifici	Indicatori di Risultato
Costituzione di un Tavolo di lavoro congiunto ARPA/Dipartimenti di Prevenzione	Integrazione funzionale tra ARPA e ASL per il potenziamento dell'efficacia delle azioni di tutela ambientale e sanitaria.	Potenziamento delle attività di controllo e vigilanza e incremento della loro efficacia Potenziamento delle attività di prevenzione legata agli aspetti di integrazione ambiente e salute	N. di protocolli congiunti prodotti
Attività di sorveglianza epidemiologica	Potenziamento delle attività di epidemiologia ambientale	prosecuzione attività registro tumori e mortalità, attivazione registro malformazioni congenite	N. studi di epidemiologia ambientale Aggiornamento del rapporto di Valutazione di Danno Sanitario
Attività di formazione e comunicazione	Potenziamento delle attività di comunicazione alla cittadinanza e di formazione degli operatori	Attivazione di specifici percorsi formativi rivolti agli operatori per il miglioramento delle loro competenze Attivazione di percorsi formativi rivolti ai MMG e PLS Attivazione di specifici percorsi formativi congiunti di educazione ambientale e sanitaria Potenziamento degli strumenti di comunicazione e di informazione	N. Corsi di formazione sulle tematiche di integrazione ambiente salute N. interventi di educazione ambientale/sanitaria Creazione di un portale dedicato

4.6 Sicurezza Alimentare

Contesto regionale e nazionale

Il Servizio Sanitario Regionale ha tra i sui compiti quello di assicurare i controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare salute e benessere animale.

Questi controlli si sviluppano sulla "filiera" di produzione degli alimenti, dal campo alla tavola, sia per il settore degli alimenti di origine vegetale sia per quello degli alimenti di origine animale. La UE ha varato una nuova politica di sicurezza alimentare, con il regolamento 178/2002 e con i regolamenti del c.d. "Pacchetto Igiene" del 2004, con un periodo di transizione di 4 anni che si è concluso il 31.12.2009.

La programmazione delle attività di controllo ufficiale, prima del varo di questa politica, si è basata su una notevole autonomia delle ASL, in funzione delle disponibilità storiche di personale e del numero e tipologia degli operatori del settore alimentare presenti sul territorio.

Il nuovo modello di sicurezza alimentare, contenuto nella legislazione Europea dal regolamento 178/2002 in avanti, si basa sulla analisi del rischio, intendendo con ciò il metodo scientifico, trifasico, della valutazione, gestione e comunicazione del rischio.

Nel nuovo quadro le responsabilità per la sicurezza alimentare sono poste a capo dell'operatore della filiera alimentare (sia esso produttore primario che trasformatore o distributore).

Spettano alle competenze della pubblica amministrazione la attività di valutazione del rischio (mediante la EFSA e le agenzie nazionali) e quella di verifica della gestione di questo rischio, che è compito dell'operatore della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema ufficiale di controllo.

In questo nuovo scenario, la attività del controllo ufficiale viene ad assumere il ruolo di una attività di parte "terza" tra il consumatore, a cui è riconosciuto il diritto ad una alimentazione sicura, e gli operatori della filiera alimentare che debbono raggiungere tale sicurezza nei prodotti da essi fabbricati.

Inoltre il controllo ufficiale dispiegherà le sue attività non più su un sistema rigido di adempimenti a norme dettagliate, ma mediante la valutazione che le attività produttive e di gestione del rischio, messe in atto dall'operatore della filiera alimentare, siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso per il tipo di prodotto, rispetto alla fase di filiera un cui agisce l'operatore del settore alimentare.

L' evoluzione del sistema dei controlli

Il raggiungimento dello standard previsto dalla UE, e dagli organismi internazionali, nei controlli ufficiali presuppone un cambiamento nella organizzazione e nelle attività espletate dai Servizi SIAN e SVET delle AA.UU.SS.LL.

L'acquisizione di questo metodo di lavoro (procedure basate su evidenza) deve essere supportato anche dalla modifica della organizzazione dei servizi del controllo ufficiale, che devono documentare le attività ed i risultati ottenuti, nonché attuare un sistema di verifiche interne ed esterne della loro organizzazione e dei risultai ottenuti.

Nell'ambito delle funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento, la Regione Puglia, in ottemperanza a quanto stabilito dal DPR 14 luglio 1995, ha predisposto apposito programma di controlli ufficiali, trasmesso ai Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. con nota circolare prot. 24/4739/412 del 5 marzo 1996, con cui sono stati definiti i criteri e le modalità operative e sono state stabilite la natura e la frequenza dei controlli nelle fasi di produzione, confezionamento, somministrazione e commercializzazione, al fine di una uniforme esecuzione degli interventi su tutto il territorio regionale.

Con l'entrata in vigore dei regolamenti comunitari che costituiscono il cosiddetto "pacchetto igiene" e a seguito dell'approvazione del Piano Nazionale Integrato (PNI) dei controlli, da parte della Conferenza Stato - Regioni con l'intesa del 16 dicembre 2010, è necessario procedere alla predisposizione di un nuovo Piano Regionale dei Controlli Ufficiali con il quale devono essere stabiliti i principi e le regole per una programmazione ed esecuzione dei controlli, in materia di sicurezza alimentare, efficaci e coerenti con le vigenti normative.

4.6.1 Il Piano Nazionale Integrato

Il Piano Nazionale Integrato (PNI) dei Controlli 2011-2014 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni con l'Intesa del 16 dicembre 2010 ed è in fase di approvazione il nuovo PNI 2015-18. Esso delinea il sistema dei controlli ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e benessere animale e sanità delle piante con l'obiettivo di verificare la conformità alla normativa di riferimento, prevenire i rischi per la salute pubblica e proteggere gli interessi dei consumatori. E' finalizzato alla razionalizzazione delle attività ed alla ottimizzazione degli interventi, attraverso un approccio coerente, completo ed integrato, che abbracci tutti i settori e tutte le fasi della catena alimentare, basato sulla individuazione delle priorità in funzione dei rischi e su procedure di controllo più efficaci.

Il PNI individua obiettivi strategici di carattere generale, tra cui:

- Tutela della salute del consumatore.
- Contrasto delle contaminazioni ambientali, in relazione alle produzioni agro-zootecniche.
- Difesa delle produzioni nazionali.
- Tutela della salute e del benessere animale.

In conformità ai principi contenuti nel Piano Nazionale Integrato è stato predisposto il Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare.

Il Piano fornisce ai Direttori Generali della AA.SS.LL. criteri e gli indirizzi operativi per la programmazione, l'esecuzione, la verifica e la rendicontazione delle attività di controllo ufficiale sul territorio regionale, al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'imparzialità degli interventi, la coerenza con gli obiettivi delle vigenti disposizioni comunitarie, l'uniformità sul territorio per frequenza e modalità di attuazione. Sono stabiliti nel dettaglio le regole e gli obiettivi per la programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali per l'anno 2013 e fornite indicazioni di massima per gli anni successivi.

Ai sensi dell'art.3 del Regolamento CE/882/2004, l'autorità competente deve garantire che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente, in base ad una valutazione dei rischi e con frequenza appropriata, per raggiungere gli obiettivi prefissati dal Regolamento medesimo, tenendo conto:

- dei rischi identificati associati con gli alimenti, con i mangimi o con gli animali, con le aziende del settore, con l'uso degli alimenti o con qualsiasi trasformazione, materiale, sostanza, attività o operazione che possa influire sulla loro sicurezza;
- dei dati precedenti relativi agli operatori del settore degli alimenti e dei mangimi per quanto riguarda la conformità alla normativa in materia di alimenti e di mangimi e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
- dell'affidabilità dei propri controlli già eseguiti;
- di qualsiasi informazione che possa indicare un'eventuale non conformità.

Per il periodo di vigenza del presente Piano Regionale dei controlli si individuano i seguenti obiettivi strategici regionali:

4.6.1.1.1 *Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali*

Sulla base delle evidenze degli ultimi anni, tra cui le risultanze degli *audit* di settore condotti dal Ministero della Salute sulla Regione tra cui quelli ricevuti nel periodo 18-22 luglio 2011 per i settori ortofrutticolo, paste alimentari, conserve e bevande alcooliche e nei giorni 13-14 settembre 2012 in merito alla gestione del Sistema d'allerta, che ha visto coinvolti anche i SIAN ed i SIAV, e dal FVO (*Food Veterinary Office*) sul benessere animale nel novembre 2011 (n. DG(SANCO)2011-68) dichiarandolo "*unsatisfactory*" e sull'attuazione del regolamento CE n. 183/2005 rilevandone le criticità, nonché sulla base dell'analisi dei controlli ufficiali ivi comprese le risultanze analitiche dei campioni dell'ultimo triennio si ritiene, necessario procedere ad un rafforzamento dei controlli ed un incremento dei campioni relativi ai seguenti settori produttivi:

a) produzione di olio e vino;

b) produzione di conserve vegetali a rischio botulismo;

c) produzione e commercio di ortofrutta e cereali (soprattutto per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari e micotossine);

d) produzione e commercializzazione carni ed in particolare quelle equine;

e) produzione e commercializzazione prodotti della pesca, latte e derivati;

f) produzione e/o commercializzazione di foraggio e mangimi soprattutto per la ricerca di pesticidi, contaminanti ambientali, micotossine, salmonella, proteine animali;

g) produzione primaria delle derrate alimentari di origine animale (latte, miele, uova) soprattutto per la ricerca di residui di farmaci veterinari, antiparassitari, contaminanti ambientali e micotossine e per la valutazione del rispetto dei parametri delle aziende zootecniche di cui all'allegato III, Sezione IX, Capitolo I, Punto III del Reg. CE n. 853/2004.

Per i settori produttivi sopra riportati è previsto un incremento dei controlli, ispettivi ed analitici, di circa il 5-10% in due anni.

4.6.1.1.2 Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali.

Considerata la cronica carenza di risorse umane a disposizione dei Dipartimenti di Prevenzione, appare necessario avviare ogni utile iniziativa tesa ad un utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse umane e strumentali, incrementare l'efficacia degli interventi, garantire la massima copertura possibile del territorio. Quanto sopra rappresenta un obiettivo importante per il miglioramento della qualità degli interventi e delle azioni, per cui, oltre ad una programmazione e realizzazione della attività di controllo sulla base di una valutazione del rischio ed in coerenza con gli obiettivi delle disposizioni comunitarie, è indispensabile migliorare l' integrazione e la cooperazione tra i Servizi del Dipartimento di Prevenzione competenti in materia di sicurezza alimentare sia in fase di programmazione, sia in fase di esecuzione dei controlli sul territorio, con chiara definizione delle attività ed individuazione delle competenze, garantendo un coordinamento efficace ed efficiente e l'utilizzo razionale delle risorse. In tal senso può essere di utilità la condivisione di archivi e sistemi informativi e, nel caso di sopralluoghi congiunti o coordinati, la predisposizione di provvedimenti coordinati relativamente alle aree di intervento comuni. Inoltre per assicurare un approccio uniforme ai controlli a livello regionale ed una standardizzazione delle attività, è necessario stabilire i criteri e le regole del controllo ufficiale, disporre di strumenti operativi, procedure e modulistica omogenei, nonché di un sistema razionale ed efficace di documentazione delle attività svolte.

4.6.1.1.3 Anagrafe imprese alimentari.

Per programmare e pianificare il controllo ufficiale sul territorio in maniera efficace e coerente con le vigenti disposizioni comunitarie è necessario che le singole ASL dispongano di dati certi e aggiornati relativi alle imprese alimentari esistenti nel territorio di competenza, che comprendano almeno l'anagrafica aggiornata degli operatori (numero, tipologia, ecc) e gli esiti dell'attività svolta, ivi comprese le informazioni sulle non conformità riscontrate. Pertanto, qualora non già provveduto, le ASL dovranno completare la registrazione di tutte le imprese alimentari esistenti ivi incluse quelle in esercizio ex autorizzazione sanitaria. L'informatizzazione dei dati relativi alle imprese alimentari post-primarie dovrà essere completata entro un anno dalla pubblicazione del presente Piano.Con successivo provvedimento saranno stabiliti i criteri e le procedure per procedere all'informatizzazione dei dati inerenti alle imprese alimentari di produzione primaria.Si rammenta che la completa informatizzazione dei dati è propedeutica ad una corretta programmazione dei controlli ufficiali, ad un corretta azione di monitoraggio delle attività svolte nonché al rispetto dei contenuti e dei tempi inerenti ai flussi informativi.

4.6.1.1.4 Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali

Il Reg. 882/04 prevede che l'autorità competente assicuri che tutto il personale che esegue controlli ufficiali riceva, per il proprio ambito di competenza, una formazione adeguata in relazione alla specifica attività svolta che gli consenta di espletare i propri compiti con competenza e professionalità e di svolgere i controlli ufficiali in modo efficace e coerente; si mantenga aggiornato nella sua sfera di competenze e abbia la capacità di praticare la cooperazione multidisciplinare. La formazione e l'aggiornamento professionale del personale sono anche uno strumento indispensabile per operare in regime di miglioramento continuo della qualità del servizio prestato e per garantire i controlli ufficiali siano condotti in modo efficace ed uniforme a livello regionale. Si ritiene necessario inserire pertanto, fra gli obiettivi strategici, l'attuazione di programmi di formazione basati sulle effettive esigenze formative emerse nel corso degli audit e correlate alle evoluzioni normative e scientifiche. Tra i vari interventi, si darà avvio ad un Progetto regionale di formazione, come previsto nel Piano della Prevenzione 2010-2012, riservato al personale preposto ai controlli ufficiali, al fine dell'istituzione di un team di auditors ed ispettori regionali. Nel corso del biennio di vigenza del presente Piano si prevede di formare almeno n. 60 operatori tra personale del Servizio PATP competente in materia di sicurezza alimentare e personale addetto ai controlli ufficiali operante a livello delle AA.SS.LL..In materia di allerta alimentare, nel corso del 2012 è stato già realizzato un corso formativo sul sistema di allerta alimentare che verrà ripetuto nell'anno 2013 al fine di garantire la partecipazione di tutto il personale individuato nei punti di contatto a livello delle AA.SS.LL. In ogni caso sarà compito, di ciascuna ASL, programmare annualmente uno o più eventi formativi e garantire la formazione specifica del personale che esegue i controlli ufficiali, utilizzando i fondi previsti dalla L.R. n. 4/2010 e dal D. Lgs. n. 194/08 e relative disposizioni attuative regionali. Appare necessario che le AA.SS.LL., nel programmare gli eventi formativi destinati al personale addetto ai controlli, prioritariamente risolvano le carenze formative emerse nel corso degli audit sopra indicati, tra cui, si ribadisce, quelle in materia di conduzione di audit sugli OSA, in materia di valutazione del rischio, in materia di buone prassi di campionamento per mangimi e derrate alimentari di O.A. in fase di produzione primaria, in materia di controlli sul benessere animale, sulle imprese alimentari caratterizzate da processi produttivi di particolare complessità e da un profilo di rischio più elevato, per migliorare qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi sull'intera filiera agroalimentare.

4.6.1.1.5 Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti.

L'entrata in vigore dei Regolamenti comunitari ha comportato nella nostra Regione alcuni episodi di sovrapposizione di interventi e provvedimenti, in materia di sicurezza alimentare, tra Autorità competenti ex art. 2 del D. Lgs. 193/2007 ed altri organi di controllo che effettuano verifiche sugli alimenti in base ad altre normative. Al fine di garantire una corretta programmazione ed esecuzione delle attività di controllo, appare necessario prevedere forme di coordinamento finalizzate ad evitare situazioni sopra indicate e ad una efficace cooperazione ed integrazione nelle fasi di intervento. In tal senso si ritiene utile istituire un Tavolo di Coordinamento a livello regionale, costituito da rappresentati del Servizio PATP (1 rappresentante dell'Ufficio 1 e un rappresentante dell'Ufficio 2), un rappresentate dei SIAN regionali ed un rappresentate dei SIAV regionali, un rappresentate degli USMAF, un rappresentate dei PIF- UVAC, due rappresentati dell'ARPA e due dell'IZS (uno per il settore chimico ed uno per il settore microbiologico), un rappresentate per provincia dei NAS, un rappresentate del Corpo Forestale, un rappresentate Capitaneria di Porto, un rappresentate della Guardia Finanza.

4.6.1.1.6 Programmazione e attuazione di un sistema di audit.

Le vigenti disposizioni comunitarie prevedono che le Autorità Competenti siano tenute a procedere ad audit interni o possono far eseguire audit esterni per verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi delle medesime disposizioni in materia di sicurezza alimentare e quelli stabiliti con i Piani di programmazione regionale avviando, ove necessario, opportune azioni di miglioramento (azioni preventive, azioni correttive). Gli uffici designati ad autorità competente regionale ovvero Ufficio 1 – Sanità Pubblica , Igiene degli Alimenti e Sicurezza sul Lavoro e l'Ufficio 2- Sanità Veterinaria pianificano un programma di audit regionale sui Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. in materia di sicurezza alimentare , di regolamenti comunitari e di normative nazionali applicabili.

4.6.1.1.7 Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare.

Si ritiene necessario istituire un nodo regionale unificato in grado di gestire in maniera coordinata ed uniforme le allerte sia di origine animale sia di origine vegetale. Appare inoltre indispensabile assicurare la standardizzazione delle procedure operative attraverso l'informatizzazione dei processi e la predisposizione di istruzioni operative destinate al nodo regionale, nonché attraverso la predisposizione di apposite linee guida regionali destinate ai punti di contatto delle AASS.LL.. Sarà inoltre costituito un team multidisciplinare, composto da 1 dirigente dei SIAN, un dirigente dei SIAV B, un dirigente dei SIAV C, un rappresentante dell'ARPA ed un rappresentate dell'IZS, in grado di fornire un supporto tecnico-scientifico al nodo regionale nei casi di particolare complessità. A livello delle AA.SS.LL. deve essere istituito, per ciascun Servizio competente in materia di sicurezza alimentare, ove non ancora presente, il "Punto di

contatto territoriale" che dovrà essere organizzato e provvisto della dotazione strumentale minima come indicato nei punti successivi del presente Piano.

4.6.1.1.8 Ottimizzazione dei flussi informativi.

Già nel corso degli anni 2010 e 2012 è stato avviato un processo di riordino dei numerosi flussi informativi relativi alle attività svolte nel campo della sicurezza alimentare, al fine di soddisfare il debito informativo delle AA.SS.LL. nei confronti della Regione e di questa verso il Ministero della Salute. Nelle more dell'adozione di un Sistema Informativo Regionale, si ritiene indispensabile proseguire in tale attività, al fine di garantire la completezza e la coerenza dei dati rispetto a quanto previsto dalle vigenti normative e di individuare indicatori di efficacia e di efficienza delle attività svolte sempre più precisi e affidabili. Al fine di effettuare un'azione di verifica e monitoraggio delle attività, si ritiene indispensabile acquisire dalle AA.SS.LL i dati relativi alle attività di campionamento, di cui al presente Piano, su base semestrale.

4.7. Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

La necessità di una programmazione che valorizzi le specificità dei vari Enti aventi compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro e, al contempo, l'unitarietà dell'azione congiunta assume particolare rilievo alla luce delle difficoltà gestionali determinate dalla *spending-review*. In tale senso, l'impianto normativo prevede l'attuazione degli indirizzi, rinvenienti dal Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. ed approvati con Accordo di Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, da parte del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del medesimo decreto, dell'Ufficio Operativo Regionale e degli Organismi Provinciali. Dette sedi istituzionali risultano particolarmente qualificate anche ai fini dell'adozione delle necessarie funzioni di raccordo delle iniziative sviluppate dalle parti sociali, consentendo il progressivo sviluppo della bilateralità.

Con riferimento alle politiche di prevenzione degli infortuni sul lavoro, l'andamento temporale evidenzia una riduzione del numero di infortuni, a riprova dell'efficacia delle azioni prevenzionistiche poste in essere con il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 e 2010-2012 e relative proroghe (Tabella 10.1)

Tabella 10.1 Prevalenza degli infortuni sul lavoro , trend temporale. Puglia.

Tasso standardizzato infortuni definiti positivi	2009	2010	2011	Triennio 2009 - 2011
Bari	26,46	25,76	23,77	25,32
	26,08	**25,51**	**23,66**	**25,08**
Barletta-Andria-Trani	24,11	25,12	21,82	23,57
	20,51	**20,29**	**18,25**	**19,61**
Brindisi	35,39	31,72	30,66	32,38
	26,86	**24,69**	**20,91**	**24,16**
Foggia	33,36	30,89	26,99	30,59
	28,89	**26,55**	**22,93**	**26,11**
Lecce	28,56	27,81	25,01	27,04
	22,72	**20,77**	**19,26**	**20,86**
Taranto	34,20	37,29	35,98	34,83
	28,04	**26,79**	**28,03**	**27,56**
Puglia	27,60	27,17	25,55	26,69
	25,21	**24,40**	**22,91**	**24,14**
Italia	21,73	21,72	20,12	21,19
	21,73	**21,72**	**20,12**	**21,19**

Leggenda:

per Azienda	per Territorio

Ciononostante, la rappresentazione del fenomeno sul territorio eccede a tutt'oggi il livello nazionale, imponendo l'adozione di misure di contrasto. In particolare, il settore edile e l'agricoltura continuano a rappresentare una priorità regionale, in ragione sia della numerosa presenza di lavoratori che dell'elevata gravità degli eventi infortunistici. A tale scopo, la Regione Puglia con Deliberazione della Giunta 808/2010 aveva già avviato nell'ASL BT il processo di ottimizzazione della *governance* in materia di salute e sicurezza del lavoro nei cantieri edili mediante georeferenziazione delle notifiche preliminari, per estendere poi detta metodologia operativa a coprire 3 ASL sulle 6 totali.

Sul versante della prevenzione delle malattie professionali, l'andamento temporale registra una progressiva emersione del fenomeno con incremento dei valori numerici delle denunce per anno di manifestazione (Tabella 10.2.).

Tabella 10.2. Distribuzione del numero delle denunce delle malattie professionali per anno. Puglia

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.555	1.463	1.445	1.502	1.479	1.651	1.628	1.811	1.920	2.343	2.198

L'apparato osteoarticolare e le neoplasie rappresentano le patologie che ricorrono più di frequente nella casistica. In tal senso, l'istituzione del Centro di Osservazione e Monitoraggio degli Infortuni e delle Malattie Professionali (COMIMP) ha lo scopo di garantire una piattaforma qualificata dal punto di vista tecnico-scientifico di supporto non soltanto alle attività assessorili, ma altresì a quelle del Comitato Regionale di Coordinamento ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i..

Il contrasto al fenomeno tecnopatico trova, infine, adeguato inquadramento nell'ambito di una politica complessiva di promozione del benessere organizzativo nelle aziende, che tende a valorizzare la persona umana in una prospettiva di continuo miglioramento del mondo del lavoro. La Regione Puglia ha fatto proprio questo orientamento mediante Legge Regionale del 10 marzo 2014, n. 8, favorendo al contempo l'adozione di percorsi di assunzione della Responsabilità sociale da parte delle imprese.

4.8 Sicurezza chimica (REACH-CLP)

Con Provvedimento del 26 aprile 2010, n. 1099, di modifica integrativa della Deliberazione del 15 marzo 2010, n. 729, la Giunta Regionale ha istituito l'Autorità competente regionale per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP) e ha incaricato il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute a svolgere tale funzione. La funzione si articola sul livello regionale di Autorità competente e sulle articolazioni organizzative territoriali, rappresentate dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali. L'ARPA Puglia . Con determinazioni dirigenziali l'Autorità competente provvedeva alla nomina del personale autorizzato a svolgere le funzioni di vigilanza e controllo, nonché quelle di assistenza alle imprese ed ai cittadini/lavoratori, di informazione e formazione.

Le attività di prevenzione ai sensi della normativa chimica di prodotto hanno riguardato principalmente due ambiti, occupazionale ed ambientale. La programmazione regionale si è, infatti, indirizzata a supporto delle attività di tutela della salute in ambienti di lavoro da esposizione ad agenti chimici cancerogeni, mutageni, reprotossici e sensibilizzanti, promuovendo il coordinamento tra Autorità competente regionale REACH-CLP e UU.OO.CC. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro afferenti al Dipartimento di Prevenzione. Dal punto di vista ambientale, con nota del 04 aprile 2013, n. 5461, si segnalava la necessità di garantire la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione quale articolazione organizzativa territoriale dell'Autorità competente regionale REACH-CLP alle Conferenze dei Servizi convocate ai sensi della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. per le fattispecie di cui all'art. 208 del Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e s.m.i., particolarmente per quei casi in cui il recupero dei rifiuti determina la formazione di *end-of-waste*, come tale nuovamente immesso in commercio.

Un raccordo delle varie competenze assunte dall'Autorità competente regionale REACH-CLP sussiste nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento REACH-CLP che, nelle annualità passate, ha svolto funzione di confronto tra le differenti competenze che insistono sulla materia di cui trattasi.

Le attività di formazione sono state promosse nella prospettiva della creazione di figure professionali di alta competenza tecnico-specialistica in materia di sicurezza chimica di prodotto, che possano supportare le aziende del territorio nell'adempimento agli obblighi comunitari. Per questo motivo, l'Autorità competente regionale ha promosso congiuntamente con l'Università degli Studi di Bari l'istituzione di un Master di II livello sui regolamenti REACH-CLP, giunto al termine con gli esiti auspicati.

Infine, le attività di vigilanza sul territorio si sono svolte secondo modalità uniformi, considerato che la Regione Puglia ha deliberato l'approvazione di procedure e verbalistica finalizzata ai rilievi sanzionatori (Deliberazione della Giunta Regionale 12 dicembre 2011, n. 2816).

4.9 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, in stretta sinergia con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale.

Le vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza sono effettuate dai Servizi Vaccinali, presenti in ogni Comune. La somministrazione delle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano è eseguita negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Al fine di dare attuazione alle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, nell'ambito di ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL è stato individuato un referente aziendale che coadiuva il Direttore del Servizio.

In particolare, con DGR n. 241 del 18 febbraio 2013 è stata recepita l'Intesa Stato–Regioni del 22 febbraio 2012 relativa al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 ed è stato approvato il Calendario Regionale Vaccini, successivamente parzialmente emendato con DGR 958/2014.

Nelle tabelle 12.1, 12.2 e 12.3 sono illustrati gli standard di copertura vaccinale per l'anno 2013, previste dalla DGR 241/2013 e le ultime coperture rilevate a livello regionale.

Tabella 12.1. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura nei bambini ≤24 mesi, coorte 2011 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	Coorte 2011
DTPa (3 dosi)	≥95%	95,7
IPV (3 dosi)	≥95%	95,7
Epatite B (3 dosi)	≥95%	95,7
Hib (3 dosi)	≥95%	95,6
PCV (3 dosi)	≥95%	92,9
Men C (1 dose)	≥95%	81,1
Epatite A (2 dosi)	≥80%	70,5
MPR° (1 dose)	≥95%	90,6
Varicella°° (1 dose)	≥95%	88,0

° Dosi di MPR + MPR

°° Dosi di MPRV + anti-varicella V

Tabella 12.2. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura nei bambini di 5-6 anni, coorte 2006 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	Coorte 2006
DTPa (richiamo)	≥95%	90,0
IPV (richiamo)	≥95%	90,0
MPR° (2 dosi)	≥95%	85,7
Varicella°° (2 dosi)	≥90%	73,8

° Dosi di MPR + MPRV

°° Dosi di MPRV + anti-varicella

Tabella 12.3. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura negli adolescenti, coorte 1998 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	Coorte 1998
IPV (richiamo)	≥90%	24,5
dTpa (richiamo)	≥90%	71,4
MPR° (2 dosi)	≥95%	71,6
*Varicella°° * (2 dosi)*	≥95%	10,1
*Men C** (1 dose)*	≥95%	62,0
Men ACYW135 (1 dose)		8,5
Epatite A (2 dosi)	≥80%	72,1

° Dosi di MPR + MPRV

°° Dosi di MPRV + anti-varicella

** soggetti suscettibili*

*** alla coorte 1998 è stato offerto attivamente il vaccino MenC, non essendo ancora state fornite indicazioni sull'offerta di MenACYW135*

Allo stato attuale, i dati di copertura per le vaccinazioni contenute nei prodotti esavalenti mostrano valori superiori al 95%, mentre per quanto riguarda la vaccinazione MPR nei nuovi nati, i valori di copertura non hanno ancora raggiunto l'obiettivo del 95% raccomandato dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015.

Le coperture per le vaccinazioni obbligatorie somministrate a 5-6 anni si attestano intorno al 90% mentre restano ancora margini di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale negli adolescenti.

4.10 Sorveglianza delle malattie infettive e diffusive

Nell'ambito delle attività di monitoraggio delle strategie vaccinali, l'OER cura la **sorveglianza delle malattie infettive** prevista dal D.M. 15 dicembre 1990. In particolare, a partire dal 1 Ottobre 2013, è stato superato il sistema di segnalazione tradizionale cartaceo e le segnalazioni di malattie infettive e diffusive vengono registrate nell'area applicativa "Registro Malattie Infettive" del nuovo Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia Edotto che ha dunque sostituito il sistema SIMI adottato nella nostra Regione dal 1996.

Con DGR n. 565 del 2 aprile 2014 è stato istituito il **Piano regionale di sorveglianza speciale malattie infettive diffusive nella Regione Puglia** ed è stato individuato il Laboratorio di Biologia Molecolare dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari come il laboratorio di riferimento regionale per tutte le attività di sorveglianza speciale.

Con DGR n. 1600 del 7 agosto 2012 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2011 "**Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015**", individuando una rete regionale di operatori sanitari formalmente designati dai Direttori di Dipartimento di Prevenzione investiti del ruolo di "referenti per i rapporti con la Regione e con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale" per l'attuazione del PNEMoRc in ogni ASL.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza attiva del morbillo, in Puglia nel 2013 sono stati registrati 33 casi sospetti di morbillo. La conferma di laboratorio è stata possibile nel 72,7% dei casi, dato inferiore rispetto allo standard dell'80% individuato nel PNEMoRc.

L'OER coordina la sorveglianza delle **malattie batteriche invasive**, come previsto nella DGR n. 565 del 2 aprile 2014. Tuttavia, tale sistema presenta diverse criticità; infatti, nel 2013, a fronte di 239 soggetti ospedalizzati con diagnosi di malattia batterica invasiva, solo per il 3,3% è stato inviato un campione biologico per la conferma diagnostica e la tipizzazione molecolare al Laboratorio di Riferimento Regionale.

Anche il sistema di sorveglianza della **Tubercolosi**, istituito con DGR 614/2000, necessità di una importante azione di revisione e aggiornamento, sia in ordine alla rete di sorveglianza sia in ordine alle procedure per la diagnosi e la valutazione della farmaco-resistenza.

Il Sistema di Sorveglianza per le **nuove diagnosi/infezioni da HIV** in Puglia ha preso avvio a partire dal 1 gennaio 2009 (D.M. del 31 marzo 2008 recepito dal Prot.n. 24/16943/1 del 18/11/2008 della Regione Puglia) e sono stati raccolti, in modo retrospettivo, anche i dati relativi agli anni 2007-2008. Dal 1 aprile 2012, le nuove diagnosi/infezioni da HIV vengono segnalate da parte dei referenti dei centri clinici mediante inserimento dei dati direttamente sul sito web dell'OER Puglia.

I dati della Sorveglianza elaborati per gli anni 2007-2013, indicano che, complessivamente, sono state notificate in Puglia 874 nuove diagnosi di infezione da HIV di cui 793 in residenti (660 italiani e 133 stranieri). Di questi, sono stati diagnosticati come Late Presenters il 59% (514 soggetti) dei casi.

4.11 Screening

Nel 2008 in Italia si sono stimate in circa 1.800.000 le persone che hanno avuto nel passato un cancro: il numero crescente di malati lungo sopravviventi definisce nuovi bisogno, sia per quanto riguarda la riabilitazione, sia sotto il profilo sociale.

In Puglia la prevenzione secondaria dei tumori è stata affidata per molto tempo all'iniziativa personale e solo con l'avvento dei Piani della Prevenzioni c'è stata una volontà di organizzare in maniera uniforme e standardizzata la chiamata attiva di tutte le donne target.

4.11.1 Risultati

La performance dei programmi di screening regionali è stata valutata attraverso il calcolo di indicatori standardizzati a livello nazionale.

Indicatori per la valutazione della performance dei programmi di screening del carcinoma della mammella.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (50 – 69 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/2 della popolazione di 50 – 69 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- ***Referral rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate al secondo livello.
- ***Detection rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di carcinomi diagnosticati; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 14.1. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore della mammella. Puglia 2013.

Indicatori	2013
Estensione nominale del programma	100,0%
Estensione effettiva del programma	26,5%
Adesione all'invito	68,3%
Referral Rate	9,1%

Detection rate	3,2 x1000

Indicatori per la valutazione del programma di screening del tumore della cervice uterina.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (25 – 64 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/3 della popolazione di 25 – 64 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Raccomandazione alla ripetizione della citologia:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne a cui è stata raccomandata la ripetizione della citologia.
- ***Referral rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate in colposcopia.
- ***Detection rate*:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne con una lesione CIN2+ confermata istologicamente; casi per 1.000 donne screenate.
-

Tabella 14.2. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore della cervice uterina. Puglia 2013.

Indicatore	2013
Estensione nominale del programma	100,0%
Estensione effettiva del programma	46,4%
Adesione all'invito	33,5%
Referral Rate	1,7%
Detection rate	1,2 x1000

Tabella 14.3. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore del colon retto. Puglia (Bari e Bt) 2013.

		Puglia 2013
Estensione nominale del programma	A: Popolazione residente in fascia d'età bersaglio	415.780
	B: Residenti 50 - 70 anni	415.780
	A/B*100	100
Estensione effettiva del programma	A: Numero di persone invitate	33.896
	B:Residenti 50 - 70 anni /2	207.890
	A/B*100	16,3
Adesione corretta all'invito	A: Persone aderenti al primo livello (screenate)	7.106
	B: Numero di persone invitate - numero di inviti inesitati	33.896
	A/B*100	21,0
Positività al SOF	A: Numero di persone con SOF positivo	
	B: Numero di persone screenate	7.106
	A/B*100	6,8
Tasso di identificazione totale = Detection rate	A: Carcinomi invasivi	17
	B: Numero di persone screenate	7.106
	A/B*1000	2,4

5 Comunicazione

Dalle recenti esperienze è emerso che un aspetto tralasciato e poco curato nei precedenti piani di Prevenzione è quella della comunicazione in Sanità.

Il sistema di comunicazione deve essere via via migliorato e valorizzato a tutti i livelli, esteso ai medici di famiglia e deve coinvolgere tutti gli operatori della prevenzione atteso che ciascun intervento, per le caratteristiche di particolare e 'forte' interazione tra gli interlocutori coinvolti, dovrebbe rappresentare una occasione per indurre un cambiamento positivo delle condizioni di salute e del miglioramento delle condizioni di vita ed un tentativo di persuadere i diversi target a modificare i propri comportamenti e stili.

La globalizzazione e la crescente sensibilizzazione ai problemi della salute hanno portato ad indicare sempre più la comunicazione come fondamentale strumento di percezione corretta dei problemi, ed importante strumento per la realizzazione di interventi efficaci e di qualità. A tal punto che le strategie sanitarie internazionali investono spesso su adeguate modalità di comunicazione che dovrebbero essere predisposte tra e nei confronti di tutti coloro che collaborano alla realizzazione della prevenzione siano essi utenti ovvero esperti, ergonomi, biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, progettisti, medici igienisti o competenti, esperti di management.

Si ricorda che già le Linee Guida del 2002 - emanate dalla Conferenza Stato Regioni per "La prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione" - stabiliscono "come occorra lavorare per obiettivi di salute prioritari e tra gli elementi caratterizzanti la cultura della Sanità pubblica vi sono la comunicazione, la percezione del rischio oltre ad altri 'indicatori' quali assicurazione di qualità, revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, tecnologica e relazionale". E anche il Piano sanitario nazionale appena approvato ha ribadito che per la prevenzione sanitaria e la promozione della salute occorre "sviluppare strategie per una comunicazione coerente ed efficace".

La comunicazione assolve importanti funzioni di sviluppo, occorre sempre più innovare le modalità di approccio ai problemi di prevenzione al fine di contribuire ad una migliore, attenta analisi della percezione del rischio ed alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio producendo una corretta informazione attraverso i canali di maggiore diffusione per contribuire a migliorare le strategie per la promozione della salute.

A fronte di mutamenti legati ai cambiamenti sociali, economici, demografici legislativi e tecnologici, una efficace e corretta comunicazione con i cittadini può essere di supporto agli interventi di promozione della salute.

Il sistema vincente, secondo i maggiori esperti di comunicazione istituzionale, è quello di associarsi e costruire alleanze tra il settore pubblico, quello privato, i media, le organizzazioni sindacali e paritetiche e la società civile per creare azioni sostenibili, condivisibili ed efficaci in campo epidemiologico, organizzativo, normativo e regolamentare.

E per realizzare gli obiettivi citati occorre, ad esempio, migliorare le competenze dei professionisti e cultori della prevenzione già operanti, predisporre iniziative a forte valenza formativa e specialistica nella scuola, nell'Università e nel lavoro in tema e con contenuti comunicativi, puntare sempre di più sulla interdisciplinarietà e sull'apporto di diversificate competenze professionali nella realizzazione delle attività di prevenzione, avere e sviluppare nuove modalità di approccio ai problemi della sicurezza e della prevenzione basati sul concetto della efficacia delle azioni in funzione delle abilità comunicative applicate e della corretta analisi epidemiologica.

6 Macro aree Regionali

6.1 Promozione della Salute

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Promozione della Salute	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale
		Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)
		Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
		Ridurre il numero dei fumatori
		Estendere la tutela dal fumo passivo
		Ridurre il consumo di alcol a rischio
		Aumentare il consumo di frutta e verdura
		Ridurre il consumo eccessivo di sale
		Aumentare l'attività fisica delle persone
	2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
		Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale
	2.4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
	2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
		Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
		Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida
	2.6 Prevenire gli incidenti domestici	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero
		Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni
		Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver
		Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS
		Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico
	2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
		Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

		Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambientebasati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
	2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)

6.2 Salute e Ambiente

	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Salute e Ambiente	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"
		Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:
		- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
		- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica
		Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali
		Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti
		Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
		Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico
		Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
		Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche
		Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
		Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
		Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
		Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

6.3 Sicurezza Alimentare

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Sicurezza Alimentare	2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per gli animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura
		Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco
		Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
		Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari
		Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali
		Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
		Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi
		Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache
		Ridurre i disordini da carenza iodica
		Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale. Realizzare gli audit previsti dall'art. 4 paragr. 6 del reg. CE 882/2004

6.4 Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro	2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni
		Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP
		Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità
		Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale
		Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende
		Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
		Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni
		Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit
	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambientebasati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi

6.5 Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni	2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie
		Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
		Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
		Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)
		Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)
		Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
		Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
		Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
		Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)
		Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
		Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
		Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
		Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

6.6 Screening

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Screening	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
		Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
		Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
		Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
	2.2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita
		Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita

6.7 Sistemi di Sorveglianza

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Sistemi di Sorveglianza	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Monitorare/Valutare
	2.2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Monitorare/Valutare
	2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Monitorare/Valutare
	2.4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Monitorare/Valutare
	2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Monitorare/Valutare
	2.6 Prevenire gli incidenti domestici	Monitorare/Valutare
	2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Monitorare/Valutare
	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Monitorare/Valutare
	2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Monitorare/Valutare
	2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Monitorare/Valutare

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2833

Appropriatezza Prescrittiva della Terapia Antiaggregante - Anticoagulante nel paziente non Ospedalizzato sottoposto a Procedura Odontoiatriche.

L'Assessore al Welfare, Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/Urgenza e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione riferisce:

I pazienti affetti da cardiopatia, in occasione di cure odontoiatriche, sono esposti ad alcune problematiche che possono incidere sulla loro prognosi soprattutto in presenza di comorbilità (diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica). L'anestesia, il traumatismo chirurgico, il trattamento dell'emorragia locale e la potenziale immissione di germi (batteriemia) costituiscono una speciale attenzione da parte dell'odontoiatra.

La chirurgia odontoiatrica è considerata una chirurgia a basso rischio. Per il paziente cardiopatico che viene sottoposto ad anestesia locale occorre conoscere la sua storia clinica, la sua capacità funzionale, la terapia che assume.

La chirurgia dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali è un problema rilevante nella pratica ospedaliera per il numero crescente di pazienti in TAO (Terapia Anticoagulante Orale) spesso in età avanzata e con patologie associate. In occasione di interventi chirurgici o manovre invasive l'interruzione della TAO può aumentare il rischio tromboembolico (TE). La sua continuazione può invece aumentare il rischio di emorragie.

Ogni anno, il 10% circa di questi pazienti deve essere sottoposto a procedura di chirurgia o comunque invasiva. Lo specialista odontoiatra deve verificare l'idoneità del paziente alla terapia ambulatoriale o la necessità di ricovero ospedaliero; quantificare il rischio potenziale dell'intervento odontoiatrico per scegliere il piano di trattamento più corretto tra le varie alternative possibili; adottare le necessarie precauzioni per prevenire le emergenze mediche, tra le quali sospendere/modificare temporaneamente la terapia antitrombotica in atto.

La Commissione della Appropriatezza prescrittiva, nella seduta del 14 ottobre 2014, al fine di porre lo specialista odontoiatra che operi presso uno studio libero professionale nelle condizioni:

- di diminuire il rischio di complicanze provocate dall'intervento odontoiatrico e di programmare un piano di terapia adeguato alle condizioni generali del paziente;
- di valutare le condizioni di sicurezza di un intervento in ambulatorio;
- di evitare ricoveri inappropriati;

ha approvato in via definitiva un documento, riveniente da Linee guida, metanalisi e revisioni sistemiche di letteratura, che coinvolge nel processo decisionale lo specialista odontoiatra che deve applicare la procedura, il clinico responsabile della gestione del rischio trombo embolico, il medico curante ed il paziente stesso.

Pertanto, alla luce delle considerazioni su esposte ed al fine di offrire all'operatore sanitario uno strumento di facile consultazione finalizzato, tra l'altro, a porre il paziente in terapia Antiaggregante/Anticoagulante nelle condizioni ottimali per minimizzare tanto il rischio trombo-embolico che quello emorragico nel periodo peri-procedurale, si propone alla valutazione della Giunta regionale il documento "Appropriatezza Prescrittiva della Terapia Antiaggregante/Anticoagulante nel paziente non Ospedalizzato sottoposto a Procedura Odontoiatriche" di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del 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 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, dal responsabile P.O., dal responsabile A.P., dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;
- di adottare il documento "Appropriatezza Prescrittiva della Terapia Antiaggregante/Anticoagulante nel paziente non Ospedalizzato sottoposto a Procedura Odontoiatriche" di cui all'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di disporre che il presente atto sia notificato, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle ASL, AO, Rappresentanti legali IRCCS, EE della Regione Puglia, ai presidenti degli Ordini dei Medici provinciali;
- di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

ALLEGATO "A"

REGIONE PUGLIA

Commissione Appropriatezza Prescrittiva Regione Puglia

Appropriatezza Prescrittiva della Terapia Antiaggregante/Anticoagulante nel Paziente Non Ospedalizzato Sottoposto a Procedure Odontoiatriche.

Vincenzo De Falco° ,Apollonia De Siate^ , Gianfranco Favia^ Roberto Felice Grassi^, Luigi Ria°°
Ettore Attolini, Pietro Leoci, Domenica Ancona, Luigi Santoiemma, Giorgio Vincenza, Pasquale Caldarola, Andriulli Angelo, Gabriele Miolli*

***: Commissione Appropriatezza Regione Puglia**
^:Università degli studi di Bari
°. Azienda Ospedaliera Policlinico Bari
°°: P.O. "Sacro Cuore di Gesù" Gallipoli (LE)

Razionale

Un numero sempre maggiore di pazienti assume terapia anticoagulante orale a causa di fibrillazione atriale, protesi valvolari cardiache meccaniche o tromboembolismo venoso.

Un numero sempre maggiore di pazienti assume una doppia terapia antiaggregante (di solito ASA + tienopiridina) per *stenting* delle coronarie.

Tanti pazienti assumono ASA a basso dosaggio sia per la prevenzione secondaria che per la prevenzione primaria di malattie cardiovascolari.

Ogni anno , il 10 % circa di queste persone deve essere sottoposto a procedure chirurgiche o comunque invasive per le quali dovrà temporaneamente sospendere/modificare la terapia antitrombotica in atto [(1)] .

In queste persone è necessario minimizzare tanto il rischio trombo-embolico che quello emorragico nel periodo peri-procedurale ma le informazioni disponibili da studi controllati sono limitate e le raccomandazioni spesso sono derivate da coorti seguite da un unico Centro e altrettanto limitati sono i dati a proposito della frequenza di sanguinamento correlato alla procedura.

L'assunzione di terapia antiaggregante/anticoagulante pone frequentemente problemi in corso di terapia di interesse odontostomatologico e se da un lato l'operatore vorrebbe ridurre il rischio di eventi emorragici correlati alle procedure, dall'altro la sospensione incongrua della terapia potrebbe esporre il paziente a gravi rischi di tipo trombo embolico.

Antiaggreganti: accanto a farmaci di uso consolidato (ASA, clopidogrel - pressocchè abbandonata la ticlopidina-) si sono recentemente aggiunti prasugrel e ticagrelor, farmaci meno soggetti a variabili di attività legata alla vita metabolica del farmaco(ad es.: interferenza del CYP2C19 da uso contemporaneo di IPP) ma non per questo meno potenti.
Anticoagulanti:accanto a warfarin e acenocumarolo sono stati recentemente approvati, anche in Italia, i DOACs (Anticoagulanti Orali Diretti, anche definiti NAO: Nuovi Anticoagulanti Orali) nella prevenzione del tromboembolismo arterioso (ictus cerebrale ed embolia sistemica) in corso di fibrillazione atriale non valvolare. Questi farmaci non richiedono un monitoraggio costante dei parametri di coagulazione, come avviene per il warfarin, ed hanno un profilo di sicurezza, per quanto attiene al rischio emorragico, globalmente più vantaggioso. Proprio , però, l'assenza di un monitoraggio continuo, potrebbe aumentare il rischio di uno squilibrio del bilancio emocoagulativo in caso di inadeguata assunzione del farmaco, sia per inappropriata gestione del clinico che inadeguata compliance del paziente.

Obiettivi
Questo documento presenta in forma sintetica le indicazioni disponibili, ricavate da Linee Guida, metanalisi e revisioni sistematiche di letteratura[2-16] , sulla corretta gestione del rischio trombo embolico/emorragico nel paziente sottoposto a trattamento antiaggregante e/o anticoagulante candidato a terapie odontostomatologiche. In alcune situazioni cliniche (ad es. gestione della terapia anticoagulante, sia con AVK che NAO, in corso di procedure a basso rischio emorragico), diversi documenti di consenso di Società Scientifiche o intersocietari presentano raccomandazioni parzialmente disomogenee e suscettibili di modifiche nel tempo con il consolidamento della esperienza specie con i nuovi farmaci. Pur fornendo indicazioni validate e condivise, utilizzabili nella grande maggioranza dei casi, questo documento non può contemplare, stante la variabilità delle situazioni cliniche risultanti da substrato genetico, condizioni patologiche, politerapie in atto, ogni singola situazione che potrebbe presentarsi alla valutazione del clinico. Pertanto, nelle situazioni

in cui il profilo tanto del rischio emorragico quanto di quello trombo-embolico appare particolarmente elevato, è sempre raccomandabile un processo decisionale che coinvolga l'operatore che deve applicare la procedura, il clinico responsabile della gestione del rischio trombo embolico, il medico curante, il paziente stesso e/o i suoi familiari.

Destinatari
Odontoiatri, MMG, cardiologi, neurologi, internisti, medici dei Centri Trombosi.

BILANCIO TRA RISCHIO TROMBO-EMBOLICO E RISCHIO EMORRAGICO

La gestione della terapia antitrombotica si modificherà in funzione del rapporto rischio trombo embolico/rischio emorragico procedurale: in caso di rischio basso di sanguinamento, in linea di massima, si proseguirà la terapia in atto, così come nel rischio alto di sanguinamento, a fronte di un rischio trombotico basso, si sospenderà la terapia. La discussione è aperta nel paziente ad alto rischio trombo-embolico sottoposto a procedura ad alto rischio emorragico . In questo caso sarà indispensabile il confronto tra prescrittore primario della terapia antitrombotica ed esecutore della procedura, rivolgendo particolare attenzione al momento più critico ovvero il tempo di sospensione e ripresa della terapia antitrombotica.

RISCHIO TROMBOEMBOLICO	RISCHIO EMORRAGICO PROCEDURALE	DECISIONE
BASSO	BASSO	PROSEGUE TERAPIA
ALTO	BASSO	PROSEGUE TERAPIA
BASSO	ALTO	SOSPENDE TERAPIA
ALTO	ALTO	VALUTAZIONE

Tab 1: decisione in funzione del rapporto rischio trombo embolico/emorragico

IL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

Il rischio tromboembolico, nei pazienti in TAO è diverso a seconda della patologia per la quale il paziente assume la TAO per cui, tale rischio deve essere attentamente valutato e soppesato al rischio emorragico correlato alla procedura chirugica o odontoiatrica. Pertanto si dovrebbe stabilire, nei pazienti che devono essere sottoposti a procedure odontoiatriche, da un lato il grado di rischio emorragico (nessuno, basso, moderato, alto) legato alla procedura (definizione del livello del rischio da parte dei colleghi odontoiatri) e dall'altro il grado di rischio tromboembolico (basso, moderato, alto) legato alla patologia di base[17-28].

Rischio trombo-embolico alto:

Protesi valvolari → Protesi valvolare meccanica mitralica, Protesi meccanica aortica non recente o associata a fibrillazione atriale; Protesi valvolare con pregresso tromboembolismo arterioso.

Fibrillazione atriale Non Valvolare → associata a pregresso tromboembolismo arterioso o valvulopatia mitralica - o $CHADS_2 \geq 5$ o $CHA_2DS_2VASc \geq 6$, recente (< 3 mesi) Stroke o TIA, precedente tromboembolismo cardiogeno o non spiegato, malattia valvolare cardiaca reumatica.

TEV → tromboembolismo venoso recente (< 3 mese), TEV associato a severa trombofilia (deficit di AT, PC,PS, anticorpi antifosfolipidi, trombofilia multipla.

Rischio trombo-embolico basso-moderato:

tutte le altre condizioni in trattamento con VKA.

Valutazione del rischio trombo-embolico

1) **Fibrillazione atriale :** lo score $CHADS_2$ stratifica da 0 a 6 il rischio tromboembolico nella f.a. non valvolare (più recentemente il CHA_2DS_2VASc da 0 a 9)

$CHADS_2$	RISCHIO DI ICTUS	FREQUENZA DI ICTUS PER 100 PZ /ANNO (IC 90%)
0,1,2	BASSO	1,9-4.0 (1.2-5.1)
3,4	MODERATO	5,9-8,5 (4.6-11.1)
5,6 , ICTUS o TIA NEI 3 MESI PRECEDENTI O VALVULOPATIA GRAVE	ALTO	12,5-18. (8.2-27.4)

Tab 2: rischio e incidenza di ictus in fibrillazione atriale non valvolare

LETTERA	FATTORE DI RISCHIO	PUNTEGGIO
C	Scompenso cardiaco cronico	1
H	Ipertensione	1
A	Età ≥ 75 aa	1
D	Diabete	1
S	Ictus o TIA pregresso	2

Tab 3: score $CHADS_2$

LETTERA	FATTORE DI RISCHIO	PUNTEGGIO
C	Scompenso cardiaco cronico	1
H	Ipertensione	1
A	Età ≥ 75 aa	2
D	Diabete	1
S	Ictus o TIA pregresso	2
V	Vasculopatia(IMA, Arteriopatia obliterante;placca aortica)	1
A	Età 65-74 aa	1
Sc	Sesso(categoria)	1

Tab 4: score CHA_2DS_2VASc

2) Protesi valvolari meccaniche cardiache e tromboembolismo venoso

- I fattori di rischio nei pazienti portatori di una o più protesi valvolari meccaniche cardiache sono influenzati da tipo, numero e posizione delle protesi valvolari stesse e dalla eventuale presenza di scompenso, fibrillazione atriale, storia di tromboembolismo e presenza di trombi intracardiaci.
- Nei pazienti con tromboembolismo venoso, il rischio di trombosi ricorrente, estensione del trombo ed embolizzazione è alto nei primi 3 mesi dalla diagnosi e dall'avvio della terapia.

	Rischio Annuale Basso	Rischio Annuale Moderato	Rischio Annuale Alto
Valvola Meccanica	Protesi aortica"bileaflet", senza f.a., precedente ictus o tromboembolismo e trombo intracardiaco noto.	Protesi aortica "bileaflet" e f.a.	Ogni protesi mitralica, ogni valvola aortica "caged-ball" o "tilting disk", protesi valvolari multiple o ictus, TIA o eventi cardioembolici
Tromboembolismo venoso	TEV >12 mesi precedente senza altro fattore di rischio	TEV entro 3-12 mesi, trombofilia non grave (fattore V Leiden eterozigote o mutazione eterozigote del gene G20210A della protrombina) o TEV ricorrente	TEV entro 3 msi, trombofilia grave (deficienza di proteiena C, S o ATIII; sindorme antifosfolipidi; omozigosi per fattore V Leiden; omozigote per mutazione nel gene protrombina G20210A; mutazione eterozigote di entrambi questi geni.

Tab 5: fattori di rischio per tromboembolismo in portatori di valvole cardiache meccaniche o pregresso TEV.

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AVK (WARFARIN/ACENOCUMAROLO)

Procedure per

- **Detartrasi , terapie canalari, trattamento di processi cariosi, incisione di ascessi**:

  - Nessun rischio emorragico , proseguire inalterata la TAO
  - Eventuali punti di sanguinamento dopo detartrasi possono essere risolti con applicazione di ghiaccio e compressione con garza imbevuta di Acido Tranexanico.

- **Biopsie del cavo orale** :

  - Proseguire inalterata la TAO, suturare la ferita chirurgica, compressione con garza imbevuta di Acido Tranexamico

- **Estrazioni dentarie** :

1. Ablazione del tartaro ed igiene orale con sciacqui con clorexidina 0.12% ogni 12 ore nei tre/quattro giorni precedenti.
2. Tutte le estrazioni dentarie sono eseguibili **con INR<3 determinato il giorno precedente e/o il giorno stesso della manovra** per permettere eventuali aggiustamenti terapeutici.
3. Estrarre non più di 2 elementi dentari per seduta
4. Anestesia pericementale intraligamentosa con mepivacaina 3% senza vasocostrittore.
5. Inserire tamponi di cellulosa ossidata nella sede ove è stato estratto l'elemento dentario.
6. Suturare la gengiva con filo non riassorbibile .
7. Al termine della manovra, dopo aver applicato la sutura, istruire il paziente ad effettuare compressione con garza imbevuta di Ac. Tranexamico (1-2 fiale)
8. In caso di dolore post intervento utilizzare paracetamolo o ibuprofene o tramadolo.
9. Rimozione della sutura dopo otto giorni.

- **Procedure per implantologia, estrazioni dentarie multiple (uguali o maggiori di tre) per seduta**

1. Far eseguire, a partire da tre /quattro giorni prima della manovra, sciacqui con clorexidina 0.12%, ogni 12 ore
2. Controllo dell'INR 4 giorni prima della manovra.
3. E' utile modificare la TAO per ottenere valori di INR tra 1.5-2.0 il giorno precedente e/o il giorno stesso della manovra
4. Modulare terapia anticoagulante per ottenere il valore INR previsto: ridurre del 50 % il giorno -3 e -2 (stesso dosaggio il -1) . Il giorno della procedura e nel giorno successivo aggiungere al dosaggio giornaliero previsto per quel giorno il 50% in più (il giorno zero e il giorno +1).

N.B. In caso di sanguinamento applicare localmente acido tranexamico, esercitare compressione prolungata e applicare ghiaccio.

Qualora si dovesse decidere di sospendere la TAO per procedure a rischio emorragico particolarmente elevato, si suggerisce di sospenderla 2-3 giorni prima della procedura.
La "bridging therapy" con EBPM (a dosaggi subterapeutici → 70% della dose terapeutica) andrebbe riservata solo a quei pazienti ad alto rischio tromboembolico ed iniziata quando l'INR è ≤ 2.
La TAO dovre essere ripresa il giorno stesso della procedura ed embricata con EBPM fino al raggiungimento del "range terapeutico" per due giorni consecutivi.

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI (DOACs: DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN)

- **Per interventi o procedure che non comportano alcun rischio di sanguinamento importante o quando è possibile una emostasi locale adeguata** (estrazione da 1 a 3 elementi dentari; chirurgia parodontale; incisione di ascessi; posizionamento di impianti), non è necessario sospendere l'anticoagulante e la procedura può essere eseguita quando la concentrazione del DOAC è minima, cioè 12 o 24 ore dopo l'ultima assunzione rispettivamente se il farmaco è a duplice o a monosomministrazione giornaliera, ma non deve essere eseguita al picco di concentrazione. Tuttavia è utile dal punto di vista pratico, se possibile, programmare l'intervento 18-24 ore dopo l'ultima assunzione e quindi riprendere l'assunzione del farmaco 6 ore dopo, vale a dire saltare una dose per i farmaci con duplice somministrazione giornaliera. In questi casi il paziente può lasciare l'ambulatorio odontoiatrico quando l'emorragia si è arrestata e proseguire a domicilio con sciacqui con 10 ml di Acido Tranexamico 5% quattro volte al giorno per 5 giorni.

- Per le procedure con **rischio di sanguinamento minore** si raccomanda di interrompere l'assunzione di DOACs 24 ore prima della procedura elettiva in pazienti con funzionalità renale normale (clearance della creatinina ≥ 80 ml/min).

- In caso di procedure che comportano un **rischio per emorragia maggiore**, si raccomanda di assumere l'ultima dose di DOACs 48 h prima.

Se il paziente assume Rivaroxaban:
con clearance della creatinina fra 15 e 30 ml/min, si raccomanda di considerare la **sospensione del farmaco ≥ 36 ore prima** per interventi o procedure a **basso rischio emorragico** e **≥ 48 ore** per interventi o procedure ad **alto rischio emorragico**.

Se il paziente assume Dabigatran:
con clearance della creatinina tra **50 e 80 ml/min** se **rischio emorragico basso** il farmaco deve essere **sospeso ≥ 36 h**, se **rischio emorragico alto sospensione ≥ 72 h**;
con clearance della creatinina tra **30 e 50 ml/min** se **rischio emorragico basso sospensione ≥ 48 h,** se **rischio emorragico alto sospensione ≥96 h**;

Se il paziente assume Apixaban questo va interrotto almeno **24h prima** della procedura invasiva a **basso rischio di sanguinamento**; se **rischio moderato o alto**, va interrotto almeno **48h prima**.

Il trattamento con Dabigatran, Rivaroxaban o Apixaban deve essere ripreso al più presto dopo la procedura non appena la situazione clinica lo consenta e sia stata raggiunta un'emostasi adeguata.

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI

Il numero di pazienti con cardiopatia ischemica cronica , sottoposti o meno a procedure di rivascolarizzazione, che hanno necessità di effettuare un intervento chirurgico è in costante aumento. Il paziente con cardiopatia ischemica cronica necessita di terapia antiaggregante con aspirina, in prevenzione secondaria, per tutta la vita [(29)]. Il paziente con Sindrome Coronarica Acuta (SCA) o sottoposto ad impianto di *stent,* invece, necessita di una duplice terapia antiaggregante orale per un tempo variabile , in base alla sua condizione clinica e alla tipologia di *stent* utilizzato (metallico o medicato) [(30)].
La sospensione della terapia antiaggregante comporta un rischio di recidiva di eventi ischemici ed un aumento di mortalità, e, nei primi tempi dopo una procedura interventistica coronarica, un rischio significativo di trombosi di *stent* (ST), evento che può essere potenzialmente mortale [(31-32-33)] .
D'altra parte, la terapia antiaggregante aumenta il rischio emorragico in corso di procedure chirurgiche o endoscopiche [(34)] .
E' pertanto fondamentale una valutazione combinata del rischio ischemico dl paziente e del rischio emorragico della procedura chirurgica.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOTICO

Il rischio trombotico è definito sulla base di 4 fattori :

1-il tipo di *stent* posizionato (metallico vs medicato),

2- il tempo intercorso dalla PCI all'intervento chirurgico,

3-le caratteristiche angiografiche delle lesioni trattate

4- i fattori clinici.

Cardiopatia ischemica cronica, *Stenting* coronarico e Procedure Chirurgiche

La terapia a vita con aspirina è fortemente raccomandata come prevenzione secondaria nei pazienti che hanno avuto un evento coronarico o cerebrovascolare.

Uno dei problemi associati alla sospensione della terapia con aspirina è il rischio di un effetto *rebound*, aggravato dallo stato di ipercoagulabilità indotto dalle procedure chirurgiche.

Una metanalisi condotta sul 50 279 pazienti ha dimostrato che la sospensione della terapia con aspirina era associata ad un aumento di 3 volte del rischio di MACE (OR = 3.14 [1.75–5.61], P =0.0001).

Emergeva, inoltre, che il tempo medio intercorrente tra la sospensione della terapia antiaggregante e gli eventi trombotici era di 10,6 giorni [(35)].

Il paziente portatore di *stent* coronarico presenta un rischio ancora maggiore, in caso di sospensione prematura della DAPT (Dual Antiplatelet Therapy).

Il numero di procedure di angioplastica coronarica (PCI) è in crescente aumento nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica.

Le attuali linee guida [(36-37)] raccomandano, nel paziente stabile, una doppia terapia antiaggregante con aspirina ed inibitore del recettore $P2Y_{12}$ (Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel) per almeno un mese dopo posizionamento di *stent* metallico e 6-12 mesi dopo posizionamento di *stent* medicato. La prematura sospensione di tale terapia si è rivelata un importante fattore di rischio per la trombosi di *stent*, che presenta frequentemente come corrispettivo clinico un infarto miocardico acuto (IMA) o la morte.

Tuttavia, il problema della gestione della terapia antiaggregante nel paziente portatore di *stent* non si limita al primo anno dopo la PCI. Il rischio di trombosi di *stent*, e, più in generale, di un nuovo evento ischemico, non riconosce un limite temporale , anche se l'entità del rischio tende a ridursi quanto maggiore è il tempo che intercorre tra l'impianto e la sospensione della terapia antiaggregante.

Diversi studi hanno valutato il rischio perioperatorio di pazienti, portatori di *stent* coronarici, sottoposti a chirurgia. Quello che è emerso è un rischio relativamente elevato, specie nella prima settimana. Nel registro EVENT [38], il rischio composito di morte, IMA e ST era aumentato di 27 volte nella settimana che seguiva l'intervento di chirurgia non cardiaca rispetto a qualunque settimana dopo l'impianto di *stent* .

E' importante che venga mantenuto il regime antiaggregante abituale anche in fase chirurgica e che l'intervento sia differito, laddove possibile, in caso di recente PCI.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO EMORRAGICO

La stratificazione del rischio emorragico per i singoli interventi è fondamentale al fine di definire al meglio il rapporto rischio/beneficio in relazione al mantenimento o alla sospensione della terapia antiaggregante. A tal proposito, è importante che la quantificazione del rischio emorragico sia fatta in termini assoluti, piuttosto che in termini relativi; spesso, infatti, anche se la terapia antiaggregante si associa ad un aumento relativo del rischio emorragico, questo rimane in assoluto modesto, specie in relazione alla riduzione degli eventi ischemici che si ottiene con il mantenimento della terapia antiaggregante.

La definizione di alto, medio e basso rischio emorragico è basata su valutazione derivante dall'esperienza dei chirurghi

Nel documento di Consenso GISE-ANMCO 2012 è stato definito un rischio emorragico riferito agli interventi delle principali discipline chirurgiche [39] .

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE-ANTIAGGREGANTE NEL PAZIENTE CANDIDATO A PROCEDURE ODONTOIATRICHE/MAXILLO-FACCIALI

Nelle tabelle seguenti (4-5) sono presentate in forma sintetica le raccomandazioni esplicitate nelle sezioni precedenti del documento.

GESTIONE ODONTOIATRICA DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE			
CONSIDERAZIONI GENERALI: - programmare l'intervento a inizio settimana e inizio giornata per garantire una visita aggiuntiva in caso di eccessivo sanguinamento - impiego di emostatici assorbibili (cellulosa ossidata, spugna di collagene o analogo) insieme a suture riassorbibili e non - sutura dei siti di estrazione e compressione con garza imbevuta di acido tranexamico - eventuale valutazione dell'assetto emocoagulativo prima dell'intervento (conta piastrinica, PT, aPTT, INR se VKA, tempo di sanguinamento.			
	TRATTAMENTO IN CORSO		
RISCHIO DI SANGUINAMENTO	*ANTICOAGULANTI ORALI ANTI-VIT K (warfarin, acenocumarolo)*	*ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI (dabigatran, rivaroxaban, apixaban)*	*ANTIAGGREGANTI (singola e doppia)*
BASSO: terapia parodontale non chirurgica(inclusa ablazione del tartaro), terapia endodontica non chirurgica, posizionamento diga di gomma, estrazioni singole.	Proseguire la terapia in corso con adozione di misure emostatiche locali , specie se l'ultimo INR < 3,5. La TAO può essere interrotta nei 2-3 giorni precedenti,consultando il curante(o il Centro Trombosi di riferimento) sulla patologia che motiva la terapia ed eventualmente controllando INR il giorno della procedura	In funzione del rischio trombo-embolico* e delle comorbidità: **Dabigatran:** sospendere nel giorno precedente. Se CrCl 30-50 ml/min, sospendere nei 2 giorni precedenti **Rivaroxaban:** sospendere nel giorno precedente. **Apixaban:** sospendere nel giorno precedente.	Non sospendere

INTERMEDIO/ALTO: chirurgia periodontale; estrazione chirurgica; estrazioni multiple(>3 elementi); chirurgia orale in genere; chirurgia implantare; osteoplastica; chirurgia di collo e testa.	Sospensione e sostituzione con eparina a basso peso molecolare sottocute (dosaggi profilattici in situazioni di basso rischio trombo-embolico, dosaggi pari al 70% di quelli terapeutici nelle situazioni di alto rischio trombo-embolico).	In funzione del rischio trombo-embolico* e delle comorbidità: **Dabigatran:** sospendere nei 2 giorni precedenti (1 se rischio moderato). Se CrCl 30-50 ml/min, sospendere nei 3-4 giorni precedenti **Rivaroxaban:** sospendere nei 2 giorni precedenti. **Apixaban:** sospendere nei 2 giorni precedenti.	Singola(ASA o INIBITORE rec. P2Y12): non sospendere Doppia antiaggregazione in pazienti sottoposti a PCI con *stent: vedi tab.5, raccomandazioni per Chirurgia Maxillo-Facciale a rischio emorragico intemedio.*
*: in pazienti ad alto rischio di tromboembolismo consigliata sostituzione con eparina (senza sovrapposizione con anticoagulante).			

Tab 6: raccomandazioni di sintesi per le procedure odontoiatriche nel paziente anticoagulato/antiaggregato. Mod da (39) e (40)

RISCHIO EMORRAGICO	**RISCHIO TROMBOTICO**		
	BASSO	***MODERATO***	***ALTO***
	>6 mesi dopo PCI con BMS	>1<6 mesi dopo PCI con BMS	<1 mese dopo PCI con BMS
	>12 mesi dopo PCI con DES	>6<12mesi dopo PCIcon DES	<6 mesi dopo PCI con DES
		>12 mesi dopo PCI con DES a rischio elevato*	>12 mesi dopo PCI con DES a rischio elevato*
BASSO: riduzione chiusa di frattura arco zigomatico; riduzione chiusa frattura mandibolare; lipofilling; artrocentesi e artroscopia temporo-mandibolare; chirurgia oncologica cutanea	ASA: proseguire INIBITORI RECETTORE P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: proseguire	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: proseguire
INTERMEDIO: implantologia e chirurgia orale; riduzione chiusa di frattura ossa nasali; riduzione aperta di frattura dei mascellari; parotidectomia; chirurgia ortognatica; rianimazione facciale in paralisi acuta e cronica	ASA: proseguire INIBITORI RECETTORE P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico**	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico Bridge con piccole molecole**

ALTO: *Chirurgia oncologica demolitiva e ricostruttiva del distretto testa e collo; riduzione aperta di frattura orbito-zigomatica; scialoadenectomia sottomandibolare*	ASA: proseguire INIBITORI RECETTORE P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico**	**Chirurgia elettiva:** differire **Chirurgia non differibile:** ASA: proseguire INIBITORI REC. P2Y12: Sospendere 5 giorni prima(7 con prasugrel) Riprendere entro 24-72 h, con dose di carico. *Bridge* con piccole molecole**

NOTA: La presenza di sindrome coronarica acuta in occasione della PCI, pregressa trombosi di stent, frazione di eiezione <35%, insufficienza renale cronica, diabete mellito aumentano il rischio di trombosi intrastent. I pazienti sottoposti a bypass aortocoronarico ed i pazienti con sindrome coronarica acuta non sottoposti a PCI vengono considerati ad alto rischio entro il primo mese, rischio intermedio tra 1 e 6 mesi, basso rischio oltre i 6 mesi. I pazienti sottoposti a PCI con il solo palloncino sono ritenuti ad alto rischio entro 2 settimane, a rischio intermedio tra 2 e 4 settimane, abasso rischio oltre le 4 settimane.
ASA, aspirina; BMS, stent metallico; DES, stent medicato; PCI, angioplastica coronarica.

*:stent lunghi multipli, in overlapping, piccoli vasi,biforcazioni, tronco comune,last remaining vessel

**: discussione collegiale del rischio anche con familiari/paziente

Tab 7: diagramma rischio trombotico VS rischio emorragico in pazienti sottoposti a PCI con *stent*, candidati ad interventi di chirurgia maxillo-facciale. Mod. da (39).

BIBLIOGRAFIA

1) Baron TH, et al .Management of Antithrombotic Therapy in Patients Undergoing Invasive Procedures. N Engl J Med 2013; 368:2113-24

2) Douketis JD, Spyropoulos AC, Spencer FA, et al. Perioperative management ofantithrombotic therapy: antithrombotictherapy and prevention of thrombosis,9th ed: American College of Chest Physicians; Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141:2 Suppl:e326Se350S.[Erratum, Chest 2012;141:1129.]

3) Boustière C, Veitch A, Vanbiervliet G,et al. Endoscopy and antiplatelet agents: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2011;43:445-61.

4) Anderson MA, Ben-Menachem T, GanSI, et al. Management of antithromboticagents for endoscopic procedures. GastrointestEndosc 2009;70:1060-70.

5) Veitch AM, Baglin TP, Gershlick AH, Harnden SM, Tighe R, Cairns S. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patientsundergoing endoscopic procedures. Gut 2008;57:1322-9.

6) Altenburg A, Haage P. Antiplatelet and anticoagulant drugs in interventionalradiology. Cardiovasc Intervent Radiol 2012;35:30-42.

7) Perry DJ, Noakes TJ, Helliwell PS. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiringdental surgery. Br Dent J 2007;203:389-93.

8) Malloy PC, Grassi CJ, Kundu S, et al. Consensus guidelines for periprocedural management of coagulation status andhemostasis risk in percutaneous imageguided interventions. J Vasc Interv Radiol 2009;20:7 Suppl:S240-S249.

9) Godfrey EM, Godfrey AL, Perry DJ, Shaw AS. Don't be a clot: a radiologist's guide to haemostasis including novel antiplatelet and anticoagulant therapies. Clin Radiol 2011;66:693-700.

10) Sié P, Samama CM, Godier A, et al. Surgery and invasive procedures in patients on long-term treatment with direct oral anticoagulants: thrombin or factor-Xa inhibitors. Arch Cardiovasc Dis 2011; 104:669-76.

11) Nematullah A, Alabousi A, Blanas N, Douketis JD, Sutherland SE. Dental surgery for patients on anticoagulant therapy with warfarin: a systematic review andmeta-analysis. J Can Dent Assoc 2009;75:41.

12) Korte W, Cattaneo M, Chassot PG, et al. Peri-operative management of antiplatelet therapy in patients with coronary artery disease. Thromb Haemost 2011; 105:743-9.

13) Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006guidelines for the management of patientswith atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2011;57(11):e101-e198.

14) Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC, et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytictherapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition).Reg Anesth Pain Med 2010;35:64-101.

15) Gogarten W, Vandermeulen E, Van Aken H, Kozek S, Llau JV, Samama CM. Regional anaesthesia and antithrombotic agents. Eur J Anaesthesiol 2010;27:999-1015.

16) Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, et al. Guideline on the management of anticoagulation and antiplatelet therapy for endoscopic procedures. Gastrointest Endosc 2002;55:775-9.

17) FCSA – Guida alla terapia con anticoagulanti orali –Raccomandazioni- XII ed. 2013. In press.

18) Guyatt GH et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2012) CHEST; 141, 7S-47S.

19) Moghadam HG, Caminiti MF . Life-threatening hemorrhage after extraction of third molars: case report and management protocol. (2008)J Can Dent Ass, 68: 670-672.

20) Wahl MJ. Dental Surgery in anticoagulated patients(1998) Arch Intern Med. 158:1610-1616.

21) Jafri SM. Periprocedural thromboprophylaxis in patients receiving chronic anticoagulant therapy (2004) Am Heart J . 147:3-15.

22) Blinder D, Manor Y, Martinowitz U,Taicher S. Dental extraction in patients maintained on oral anticoagulant therapy: comparison on INR value with occurrence of postoperative bleeding(2001) Int J Oral Maxillofac Surg ; 30:518-521.

23) Evans IL , Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW. Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized controlled trial (2002) Br J Oral Maxillofac Surg ; 4: 248-52.

24) Zanon E, Martinelli F, Bacci C, Cordioli GP, Girolami A. Safety of dental extraction among consecutive patients on oral anticoagulant treatment managed using a specific dental management protocol. Blood Coagul Fibrinol 2003, 14: 27-30.

25) Sacco R , Sacco M , Carpenedo M, Mannucci PM . Oral surgery in patients on oral anticoagulant therapy: a randomized comparison of different intensity targets (2007) Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology 104; 18-21

26) Marietta M , Bertesi M, Simoni L, Pozzi S, Castelli I,Cappi c, Torelli G (2006). A simple and safe nomogram for the management of oral anticoagulation prior to minor surgery . Clin &Lab Haem ; 28:127-130

27) Heidbuchel H et al. European Hesrt Rhythm Association (EHRA) Pratical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Europace (2013), 15, 625-651

28) Colonna P. et al. Documento ANMCO su prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e ruolo dei nuovi anticoagulanti orali. G ital Cardiol 2013;14(4):295-322

29) Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy: I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration. BMJ 1994; 308:81–106

30) Wijns W, Kolh P, Danchin N, et al.; Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2010;31:2501- 55.

31) McFadden EP, Stabile E, Regar E, et al. Late thrombosis in drug-eluting coronary stents after discontinuation of antiplatelet therapy. Lancet 2004;364:1519-21.

32) Iakovou I, Schmidt T, Bonizzoni E, et al. Incidence, predictors, and outcome of thrombosis after successful implantation of drug-eluting stents. JAMA 2005;293:2126-30

33) Van Werkum JW, Heestermans AA, Zomer AC, et al. Predictors of coronary stent thrombosis: the Dutch Stent Thrombosis Registry. J Am Coll Cardiol 2009;53:1399- 409

34) May A.e. et. al. Individualized antithrombotic therapy in high risk patients after coronary stenting. A double-edged sword between thrombosis and bleeding. Thromb. Haemost. 2008; 99: 487-93.

35) Biondi-Zoccai GG, Lotrionte M, Agostoni P, et al. A systematic review and metaanalysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50 279 patients at risk for coronary artery disease. Eur Heart J 2006;27:2667-74.

36) Wijns W, Kolh P, Danchin N, et al.; Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J 2010;31:2501-55.

37) Patel MR, Dehmer GJ, Hirshfeld JW, et al. ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC 2009 appropriateness criteria for coronary revascularization: a report by the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Am Coll Cardiol 2009;53:530- 53.

38) Berger PB, Kleiman NS, Pencina MJ, et al.; EVENT Investigators. Frequency of major noncardiac surgery and subsequent adverse events in the year after drug-eluting stent placement: results from the EVENT (Evaluation of Drug-Eluting Stents and Ischemic Events) Registry. JACC Cardiovasc Interv 2010;3:920-7.

39) Rossini R et aa. Stent coronarico e chirurgia: la gestione perioperatoria della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico candidato a intervento chirurgico
G Ital Cardiol 2012;13(7-8):528-551

40) Hamid-Reza Fakhri et aa Tutorial in oral antithrombotic therapy: Biology and dental implications.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 May 1;18 (3):e461-72.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2834

Riconoscimento dei Centri utilizzatori ai fini della prescrizione del medicinale per il trattamento dell'HCV (epatite C cronica) a carico del SSN Sovaldi (SOFOSBUVIR).

L'Assessore al Welfare, Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/Urgenza e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione riferisce:

L'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) con determinazione n.1353 del 12 novembre 2014, pubblicata sulla G.U. n.283 del 05.12.14 ha disposto, che a far data dal 06 dicembre 2014 la specialità Sovaldi (Sofosbuvir) è rimborsabile in associazione ad altri medicinali per il trattamento dell'Epatite C cronica (chronic hepatitis C, CHC) negli adulti.

La specialità Sovaldi è stata classificata ai fini della rimborsabilità in A-PHT, soggetta a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RNRL) internista, infettivologo, gastroenterologo. Alla specialità Sovaldi è stato attribuito da AIFA il requisito dell'innovatività terapeutica ai sensi dell'art.1 comma 1 dell'Accordo stato regioni del 18.11.2010 (Rep. Atti n. 197/csr). La specialità è soggetta a sconto obbligatorio alle strutture pubbliche sul prezzo ex factory come da condizioni negoziali.

Da parte dell'AIFA, con la precitata Determinazione n.1353/2014, al fine delle prescrizioni a carico del SSN, è stato disposto che i centri utilizzatori, individuati dalle regioni, devono compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili (schede da n. 01 a n. 05) e la scheda di follow-up (scheda n. 06), applicando le condizioni negoziali secondo le indicazioni pubblicate sul sito della Agenzia, piattaforma web - https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/.

Inoltre, al fine di garantire la disponibilità del trattamento ai pazienti, le prescrizioni devono obbligatoriamente essere effettuate solo ed esclusivamente in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva riportati nella documentazione consultabile sul portale Istituzionale dell'AIFA: http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/registri-farmaci-sottoposti- monitoraggio.

Per la cura della Epatite C cronica, al Sovaldi si affiancheranno presto altri farmaci che sono attualmente in fase di sperimentazione e prossimi alla definitiva valutazione dell'AIFA. Si tratta di "Antivirali ad azione diretta/ che consentiranno l'utilizzo di combinazioni (Daclatasvir e Ledipasvir in valutazione in AIFA e Simeprevir già negoziato il 30.11.2014) che avranno la finalità di aumentare l'accesso a tali terapie.

Considerata la esigenza di garantire la massima appropriatezza prescrittiva, per evitare rischi di riduzione delle opzioni future nei pazienti falliti e per non sprecare risorse preziose per i pazienti, si ritiene di affidare la prescrizione del farmaco Sovaldi ai Centri Opedalieri pubblici di comprovata esperienza nel trattamento delle epatiti croniche applicando un'organizzazione a "rete", flessibile e integrata.

Preso atto che, è fatto obbligo al medico prescrittore attenersi alle sole indicazioni di eleggibilità opportunamente predisposte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) di cui alla scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up.

Pertanto, alla luce delle considerazioni su esposte, a seguito di valutazione della numerosità della casistica gestita ed in particolare di pazienti complessi (cirrosi scompensate), delle esigenze di valutazione pre-trapianto e di monitoraggio dei pazienti trapiantati, nonché per garantire la copertura territoriale e salvaguardare la prossimità del paziente al luogo di cura, ed in definitiva per offrire al paziente una appropriata, valida e completa offerta terapeutica per la cura dell'Epatite C cronica si propone alla valutazione della Giunta regionale, l'elenco dei Centri, già individuati con D.D. n. 38/2014 per la gestione del paziente con Epatite C cronica Genotipo 1 in trattamento con triplice terapia (Peg- IFN+Ribavirina+inibitori della proteasi di prima generazione),preposti alla valutazione di eleggibilità dei pazienti:

Centri Ospedalieri preposti alla prescrizione del medicinale per il trattamento dell'HCV (SOFOSBUVIR)

ASL	CITTA'	P.O.	U.O.
BARI	BARI	A.O.U. POLICLINICO	U.O. GASTROENTEROLOGIA UNIV. U.O. MALATTIE INFETTIVE UNIV. U.O. MEDICINA INTERNA UNIV.
BARI	CASTELLANA GROTTE (BA)	IRCCS "DE BELLIS"	U.O.GASTROENTEROLOGIA
BARI	BARI	P.O. SAN PAOLO	U.O.GASTROENTEROLOGIA
BARI	TRIGGIANO	P.O. FALLACARA	U.O. MALATTIE INFETTIVE
BARI	ACQUAVIVA DELLE FONTI	E.E. MIULLI	U.O.GASTROENTEROLOGIA U.O. MEDICINA INTERNA
BT	CANOSA	P.O. CANOSA	U.O. MEDICINA INTERNA
BT	BISCEGLIE	P.O. BISCEGLIE	U.O. MALATTIE INFETTIVE
BT	BARLETTA	P.O. BARLETTA	U.O. MEDICINA INTERNA
BT	ANDRIA	P.O. ANDRIA	U.O.MEDICINA INTERNA
BR	BRINDISI	P.O. A. PERRINO	U.O. MALATTIE INFETTIVE
FG	SAN GIOVANNI ROTONDO	CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	U.O.GASTROENTEROLOGIA
FG	FOGGIA	P.O. MANFREDONIA	U.O.GASTROENTEROLOGIA
FG	FOGGIA	A.O. OSPEDALI RIUNITI	U.O. MALATTIE INFETTIVE U.O. MEDICINA INTERNA UNIV. U.O.GASTROENTEROLOGIA
LE	TRICASE	E.E. PIA FONDAZIONE CARD. PANICO	U.O.MEDICINA INTERNA
LE	LECCE	P.O. FAZZI	U.O. MALATTIE INFETTIVE
LE	GALATINA	P.O. GALATINA	U.O. MALATTIE INFETTIVE
LE	CASARANO	P.O. CASARANO	U.O. MEDICINA INTERNA
LE	SCORRANO	P.O. SCORRANO	U.O.GASTROENTEROLOGIA
TA	TARANTO	P.O. SS ANNUNZIATA-SAN G.MOSCATI	U.O. MEDICINA INTERNA U.O.MALATTIE INFETTIVE
TA	TARANTO	P.O. MARTINA FRANCA	U.O. MEDICINA INTERNA
TA	TARANTO	P.O. CASTELLANETA	U.O. MEDICINA INTERNA
TA	TARANTO	P.O. MANDURIA	U.O. MEDICINA INTERNA

Si propone, altresì, che:

a) la dispensazione della specialità Sovaldi anche al fine di un attento monitoraggio, sia effettuata da parte delle Farmacie Ospedaliere insistenti presso i Centri preposti alla eleggibilità del paziente, dopo attenta verifica da parte dei farmacisti della corretta compilazione delle schede di eleggibilità del paziente opportunamente predisposte dall'AIFA; si precisa che per le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli Istituti a Carattere Scientifico e gli E.E, il farmaco Sovaldi dovrà essere rendicontato secondo le modalità in vigore del File F. Inoltre, preso atto che il Sovaldi è classificato in A/PHT rientra nel tetto della spesa farmaceutica territoriale;

b) la presa in carico dei pazienti STP/ENI avviene esclusivamente presso la U.O. Malattie Infettive Universitaria della Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Bari.

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 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, dal responsabile A.P., dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato

- di approvare, tenuto conto della numerosità della casistica gestita ed in particolare di pazienti complessi (cirrosi scompensate), delle esigenze di valutazione pre- trapianto e di monitoraggio dei pazienti trapiantati, al fine di garantire la copertura territoriale e salvaguardare la prossimità del paziente al luogo di cura, ed in definitiva per offrire al paziente una appropriata, valida e completa offerta terapeutica per la cura dell'Epatite C Cronica, l'elenco dei Centri preposti alla valutazione di eleggibilità dei pazienti:

Centri Ospedalieri preposti alla prescrizione del medicinale per il trattamento dell'HCV (SOFOSBUVIR)

ASL	CITTA'	P.O.	U.O.
BARI	BARI	A.O.U. POLICLINICO	U.O. GASTROENTEROLOGIA UNIV. U.O. MALATTIE INFETTIVE UNIV. U.O. MEDICINA INTERNA UNIV.
BARI	CASTELLANA GROTTE (BA)	IRCCS "DE BELLIS"	U.O.GASTROENTEROLOGIA
BARI	BARI	P.O. SAN PAOLO	U.O.GASTROENTEROLOGIA
BARI	TRIGGIANO	P.O. FALLACARA	U.O. MALATTIE INFETTIVE
BARI	ACQUAVIVA DELLE FONTI	E.E. MIULLI	U.O.GASTROENTEROLOGIA U.O. MEDICINA INTERNA
BT	CANOSA	P.O. CANOSA	U.O. MEDICINA INTERNA
BT	BISCEGLIE	P.O. BISCEGLIE	U.O. MALATTIE INFETTIVE
BT	BARLETTA	P.O. BARLETTA	U.O. MEDICINA INTERNA
BT	ANDRIA	P.O. ANDRIA	U.O.MEDICINA INTERNA
BR	BRINDISI	P.O. A. PERRINO	U.O. MALATTIE INFETTIVE
FG	SAN GIOVANNI ROTONDO	CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	U.O.GASTROENTEROLOGIA
FG	FOGGIA	P.O. MANFREDONIA	U.O.GASTROENTEROLOGIA
FG	FOGGIA	A.O. OSPEDALI RIUNITI	U.O. MALATTIE INFETTIVE U.O. MEDICINA INTERNA UNIV. U.O.GASTROENTEROLOGIA
LE	TRICASE	E.E. PIA FONDAZIONE CARD. PANICO	U.O.MEDICINA INTERNA
LE	LECCE	P.O. FAZZI	U.O. MALATTIE INFETTIVE
LE	GALATINA	P.O. GALATINA	U.O. MALATTIE INFETTIVE
LE	CASARANO	P.O. CASARANO	U.O. MEDICINA INTERNA
LE	SCORRANO	P.O. SCORRANO	U.O.GASTROENTEROLOGIA
TA	TARANTO	P.O. SS ANNUNZIATA-SAN G.MOSCATI	U.O. MEDICINA INTERNA U.O.MALATTIE INFETTIVE
TA	TARANTO	P.O. MARTINA FRANCA	U.O. MEDICINA INTERNA
TA	TARANTO	P.O. CASTELLANETA	U.O. MEDICINA INTERNA
TA	TARANTO	P.O. MANDURIA	U.O. MEDICINA INTERNA

- di disporre, che è fatto obbligo al medico prescrittore attenersi alle sole indicazioni di eleggibilità opportunamente predisposte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) di cui alla scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili (schede da n. 01 a n. 05) e la scheda di follow-up (scheda n. 06), che dovrà avvenire esclusivamente in maniera informatica;

- di disporre, altresì, che la dispensazione della specialità Sovaldi anche al fine di un attento monitoraggio, sia effettuata da parte delle Farmacie Ospedaliere insistenti presso i Centri preposti alla eleggibilità del paziente, dopo attenta verifica da parte dei farmacisti della corretta compilazione delle schede di eleggibilità del paziente opportunamente predisposte dall'AIFA;

- di disporre che la presa in carico dei pazienti STP/ENI avviene esclusivamente presso la U.O. Malattie Infettive Universitaria della Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico Bari.

- di disporre che le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli Istituti a Carattere Scientifico e gli E.E., dovranno rendicontare il farmaco Sovaldi secondo le modalità in vigore per il File F;

- di incaricare, l'Ufficio Politiche del Farmaco Urgenza/Emergenza, con la consultazione di idonee figure professionali, senza oneri a carico della regione, a voler predisporre apposita proposta di Deliberazione inerente la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) per la cura dell'Epatite C cronica, alla luce dei progressi clinico/Scientifici in arrivo;

- di disporre che i Centri Ospedalieri preposti alla prescrizione del medicinale per il trattamento dell'HCV (SOFOSBUVIR), individuati con il presente provvedimento sono abilitati dal giorno successivo all'approvazione del medesimo atto;

- di disporre che il presente atto sia notificato, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle ASL, AO, Rappresentanti legali IRCCS, EE della Regione Puglia e per il loro tramite ai Direttori di Farmacia Ospedaliera insistenti presso i Centri individuati.

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

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 30 dicembre 2014, n. 2835

Interventi in materia farmaceutica ai fini del contenimento della spesa e della appropriatezza prescrittiva degli Inibitori di Pompa Protonica. Revoca DGR 2376/2009.

L'Assessore al Welfare, Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/Urgenza e confermata dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione riferisce:

Il Rapporto OsMed 2013 nella sezione riguardante "consumi e spesa per classe terapeutica e dati epidemiologici" riporta tra i tre principi attivi a maggior spesa dell'anno 2013 gli inibitori di pompa protonica.

Nella Regione Puglia, dalla elaborazione dei dati da Progetto SFERA, si evince un incremento per la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera degli inibitori della pompa protonica (PPI), omeprazolo, esomeprazolo lansoprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo, nel primo semestre 2014 verso il primo semestre 2013, pari all'8.78 % a fronte di un incremento di DDD del dato Italia pari al 3.69%.

La Regione Puglia, per tale gruppo terapeutico ATC A02BC, con la legge regionale n. 39/2006 "Norme relative all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 art. 12 Interventi in materia di assistenza farmaceutica" aveva inteso disciplinare l'impiego degli PPI.

Con DGR n. 2376/2009, giusto quanto previsto dalla precitata Legge regionale n. 39/2009, fermo restando tutto quanto disposto dall'AIFA con le Note 1 e 48, erano stati definiti, tra l'altro, per la

prescrizione della terapia giornaliera di farmaci un prezzo per i dosaggi minimi non superiore a euro 0,26 e un prezzo per i dosaggi massimi non superiore a euro 0,54. La Corte Costituzionale, con sentenza n. 44 del 08 febbraio 2010, dichiarava l'incostituzionalità dell'art.12 della legge regionale n. 39/2006; in ragione di tale sentenza la DGR n. 2376/2009 non aveva più alcuna validità.

Con nota prot. AOO/152/3623 del 18 febbraio 2010, l'Assessore alla Sanità pro tempore, preso atto delle considerazioni espresse dalla Corte sulla legge regionale 39/2006 definiva la DGR n.2376/09 decaduta.

La Giunta Regionale con provvedimento n. 1403 del 4 luglio 2014 "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012." ha previsto, tra gli interventi da attuare per il raggiungimento degli obiettivi attesi, alla luce della spesa netta SSN x 1000 abitanti anno 2012 (Fonte dati Progetto Sfera) analizzata per macro aree, l'intervento sugli Inibitori di pompa protonica, prevedendo un risparmio che si potrà attestare su circa 8 milioni di euro, per allinearsi almeno al dato nazionale.

Da una prima analisi dei dati in possesso, preso atto che i farmaci PPI possono considerarsi sovrapponibili nelle indicazioni e di conseguenza nell'uso, si presume che l'incremento di spesa sia dovuto a modalità prescrittive non del tutto appropriate anche in considerazione delle limitazioni ai periodi di trattamento già disciplinati dalle Note AIFA 1 e 48.

A tal proposito, la Commissione per l'Appropriatezza prescrittiva, istituita con DGR n. 1226 del 24/08/2005, preso atto di quanto disposto dalle precitate note AIFA 1 e 48, nella riunione del giorno 16 settembre 2014, ha approvato l'ultima versione del documento "Uso appropriato dei PPI (Inibitori di Pompa Protonica) nella prevenzione del rischio di eventi maggiori gastrointestinali correlati all'uso cronico di FANS (Farmaci Antinfiammatori non Steroidei) incluso ASA a basso dosaggio in terapia antiaggregante" che ha lo scopo di rendere, per il medico prescrittore, più fruibili e di facile consultazione le appropriate indicazioni terapeutiche degli PPI.

Fermo restando la libera scelta prescrittiva del medico, al fine della razionalizzazione delle risorse, è necessario commisurare l'attuazione del diritto alla salute alle effettive disponibilità finanziarie e alla sostenibilità del sistema.

I medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali di strutture pubbliche e private accreditate/convenzionate, nella fase prescrittiva, valutate le eventuali interazioni con altri medicinali, devono privilegiare le molecole che hanno un rapporto costo/efficacia più favorevole, preso atto che i farmaci PPI possono considerarsi sovrapponibili nelle indicazioni e di conseguenza nell'uso.

Al fine di agevolare il medico prescrittore nella scelta prescrittiva, si rammenta che sul sito dell'Agenzia AIFA è mensilmente aggiornata la Lista di Trasparenza, da cui è possibile, a parità di indicazioni, individuare il farmaco con prezzo di riferimento più favorevole.

L'Ufficio Politiche del Farmaco, valutato positivamente il documento, ritiene, comunque, opportuno riportare di seguito le fattispecie più ricorrenti di somministrazione di PPI a scopo gastro-protettivo non in sintonia con quanto previsto dalle Note AIFA dalla letteratura scientifica:

- *Uso occasionale "in acuto" dei FANS,*
- *Pazienti in trattamento **polifarmacologico** o comunque trattati con farmaci per i quali non è documentata la gastrolesività;*
- *Pazienti in **monoterapia** con cortisonici, antiaggreganti diversi da ASA, eparine, anticoagulanti orali;*
- *Pazienti con storia di ulcera peptica che abbiano conseguito eradicazione dell'infezione da Helicobacter Pylori.*

Pertanto, preso atto che la Regione Puglia è attualmente sottoposta ai limiti previsti dal Piano Operativo e quindi maggiormente impegnata in una politica di razionalizzazione della spesa sanitaria, alla luce delle considerazioni su esposte ed al fine di offrire al medico prescrittore uno strumento di appropriatezza prescrittiva di facile consultazione, si propone alla valutazione della Giunta regionale:

- il documento "Uso appropriato dei PPI (Inibitori di Pompa Protonica) nella prevenzione del rischio di eventi maggiori gastrointestinali correlati all'uso cronico di FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) incluso ASA a basso dosaggio in terapia antiaggregante", di cui all'allegato "A",

parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nonché la "Doctor Letter" di pari oggetto, di cui all'allegato "B", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Inoltre,, al fine sia della sostenibilità del sistema e sia come atto propedeutico ad una politica di budget, si propone che:

- il medico di MMG, PLS, a seguito della indicazione sulla ricetta del SSN della nota AIFA 1 e 48, deve trascrivere sulla scheda paziente una delle limitazioni previste dalle predette note e, per la Nota 48 anche la durata del trattamento, questo al fine di porre il Servizio farmaceutico della Azienda ASL ed il Distretto nelle condizioni di riscontrare l'appropriatezza prescrittiva;
- qualora tali prescrizioni non risultassero in sintonia con quanto previsto dalle Note AIFA 1 e 48, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di spesa sanitaria" Legge 8 agosto 1996, n.425 Titolo I Art.1 comma 4, il costo del farmaco sarà addebitato al medico prescrittore;
- che i medici prescrittori, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ospedalieri e ambulatoriali di strutture pubbliche e private accreditate/convenzionate prescrivano molecole che abbiano un rapporto costo/efficacia più favorevole a parità di indicazioni terapeutiche.

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 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, dal responsabile P.O., dal responsabile A.P., dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

- di approvare, al fine sia della sostenibilità del sistema e sia come atto propedeutico ad una politica di budget, quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;

- di adottare, al fine di fornire indicazioni per il corretto uso dei PPI nel trattamento, il Documento sull' "Uso appropriato dei PPI (Inibitori di Pompa Protonica) nella prevenzione del rischio di eventi maggiori gastrointestinali correlati all'uso cronico di FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) incluso ASA a basso dosaggio in terapia antiaggregante" di cui all'allegato "A" e la "Doctor Letter" di cui all'allegato "B", entrambi parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di disporre che il medico di MMG, PLS, a seguito della indicazione sulla ricetta del SSN della nota AIFA 1 e 48, deve trascrivere sulla scheda paziente una delle limitazioni previste dalle predette note e, per la Nota 48 anche la durata del trattamento, questo al fine di porre il Servizio farmaceutico della Azienda ASL ed il Distretto nelle condizioni di riscontrare l'appropriatezza prescrittiva;

- di disporre, altresì, che qualora tali prescrizioni non risultassero in sintonia con quanto previsto dalle Note AIFA 1 e 48, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di spesa sanitaria" Legge 8 agosto 1996, n.425 Titolo I Art.1 comma 4,il costo del farmaco sarà addebitato al medico prescrittore;

- di disporre che il medico prescrittore, i medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ospedalieri e ambulatoriali di strutture pubbliche e private accreditate/convenzionate, nella fase prescrittiva, valutate le eventuali interazioni con altri medicinali, devono pri-

vilegiare le molecole che hanno un rapporto costo/efficacia più favorevole a parità di indicazioni terapeutiche, anche in considerazione alla sovrapponibilità nelle indicazioni e di conseguenza nell'uso dei farmaci PPI;

- di disporre che l'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/Urgenza, avvalendosi delle funzionalità previste dal nuovo sistema Edotto monitorerà l'aderenza delle prescrizioni al presente provvedimento;

- di disporre che le Direzioni Sanitarie delle ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS ed EE, al fine di fornire suggerimenti o raccomandazioni di comportamento sulla diagnostica e sul management complessivo dei singoli scenari clinici, dovranno promuovere percorsi formativi sulla appropriatezza prescrittiva degli PPI e vigilare sul rispetto di quanto previsto con il presente provvedimento nella pratica clinica;

- di revocare, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n.44/2010 la DGR 2376 del 01 dicembre 2009;

- di disporre che il presente atto sia notificato, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., AA.OO., Rappresentanti legali IRCCS, EE.EE, della Regione Puglia che dovranno aver cura di darne la massima e capillare divulgazione, ai Presidenti degli Ordini dei Medici provinciali;

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

Il Segretario della Giunta
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta
Angela Barbanente

ALLEGATO "A"

COMMISSIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA REGIONE PUGLIA

Uso appropriato dei PPI (Inibitori di Pompa Protonica) nella prevenzione del rischio di eventi maggiori gastrointestinali correlati all'uso cronico di FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) incluso ASA a basso dosaggio in terapia antiaggregante.

I PPI rappresentano una classe di farmaci molto prescritti e utilizzati in quanto molto efficaci e ben tollerati, ma per tale motivo spesso vi è (o vi è stato) un abuso di prescrizione (Pham CQ et al. Ann Pharmacotherapy 2006, Grant K et al. Pharm World Science 2006), in particolare nell'ambito della malattia da reflusso gastro-esofageo, e talora per indicazioni inappropriate (Batuwitage BT et al. Postgrad Med Journal 2007, Ramirez E et al. Curr Clin Pharmacology 2010).

Gli inibitori della pompa protonica (PPI), omeprazolo, esomeprazolo lansoprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo, rappresentano per la nostra Regione un capitolo di spesa che si mantiene costantemente elevato, rispetto al resto d'Italia, sia pure nel trend di una riduzione globale di spesa per effetto della genericazione dei farmaci. Nel 2013 la spesa media netta a carico del SSN per 1000 abitanti è stata in Puglia di circa 14.000 euro contro i circa 11.000 euro della spesa media in Italia.

	DDD per 1000 ab.2013 ITALIA	DDD per 1000 ab.2013 Puglia	Spesa netta per 1000 ab.2013 ITALIA	Spesa netta per 1000 ab.2013 Puglia
INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	888,31	1.062,31	11.515,01	14.391,19
A02BC03 LANSOPRAZOLO	256,46	353,91	3.427,12	4.814,79
A02BC02 PANTOPRAZOLO	220,58	293.76	3.229,01	4.503,80
A02BC01 OMEPRAZOLO	234,51	245,72	2.716,07	2.865,94
A02BC05 ESOMEPRAZOLO	148,95	146,72	1.847,58	1.966,36
A02BC04 RABEPRAZOLO	27,81	22,21	295,23	240,30

CONTESTO NOTA AIFA 01

Per quanto riguarda l'utilizzo dei PPI per la profilassi di complicanze gravi del tratto gastroenterico superiore, la Nota AIFA 1 si riferisce esclusivamente all'uso cronico di FANS (Farmaci antinfiammatori Non Steroidei) e di ASA a basse dosi per antiaggregazione piastrinica e indica che la "gastro protezione" è indicata nei soggetti ad elevato rischio emorragico:

- Storia di pregressa emorragia digestiva o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante;
- Uso concomitante di anticoagulanti orali o cortisonici;
- Età avanzata.

La Nota 1 precisa anche che, nella popolazione "non ad alto rischio emorragico", l'incidenza di emorragie in corso di terapia con ASA a basso dosaggio è dello 0,4-0,5% circa, valore che non giustifica la gastroprotezione.

Pertanto , sulla base di quanto stabilito dalla Nota 1 ed in conformità con la letteratura scientifica, si può affermare che la somministrazione di PPI a scopo gastro-protettivo risulta inappropriata nelle seguenti condizioni:

- **Uso occasionale("in acuto ") dei FANS,**
- **Pazienti in trattamento polifarmacologico o comunque trattati con farmaci per i quali non è documentata la gastrolesività;**
- **Pazienti in monoterapia con cortisonici, antiaggreganti diversi da ASA, eparine, anticoagulanti orali ;**
- **Pazienti con storia di ulcera peptica che abbiano conseguito eradicazione dell'infezione da Helicobacter Pylori.**

Tra i fattori di rischio per emorragia digestiva in pazienti che assumono ASA, oltre a quelli riportati nella nota 1, vi è l'infezione da **Helicobacter pylori** come fattore di rischio indipendente dalla storia di ulcera peptica, che, tra tutti i fattori di rischio, è l'unico che può essere "eliminato" con appropriato trattamento. In effetti le attuali linee guida internazionali raccomandano di testare e trattare l'infezione da Helicobacter pylori nei pazienti che assumono ASA (Malfertheiner P. et al, Gut 2012; Lanza FL et al, Am J Gastroenterology 2009...). Tuttavia questa strategia non si è mostrata particolarmente efficace nel ridurre gli episodi di emorragia da ulcera peptica anche nei pazienti eradicati dall'infezione da Helicobacter pylori che assumono ASA a basse dosi. Inoltre il risanguinamento dopo eradicazione dall'infezione da Helicobacter pylori (e non in terapia profilattica con PPI) in qualche studio era sovrapponibile a quello dei pazienti che assumevano i PPI in profilassi (Chan FK, New England Journal of Medicine 2001) ovvero l'eradicazione di per sé non riduceva il risanguinamento.

Tuttavia uno studio recente (Chan FK et al, Gastroenterology 2012) coinvolgente circa 1000 pazienti dimostrava che nei pazienti che assumono ASA a basse dosi, testare l'infezione da Helicobacter pylori può risultare utile a stratificare questi pazienti in sottogruppi con diverse

necessità di gastroprotezione ovvero: 1) pazienti HP positivi che hanno avuto un episodio di sanguinamento, beneficiano dell'eradicazione e il rischio di risanguinamento successivo è basso; 2) pazienti HP negativi che hanno avuto un episodio di sanguinamento necessitano di gastroprotezione; 3) pazienti che richiedono la concomitante assunzione di FANS, anticoagulanti, corticosteroidi o antiaggreganti piastrinici in cui l'infezione da Helicobacter pylori rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo per sanguinamento da ulcera.

Per quanto concerne il concetto di **età avanzata**, la Nota 1 non fornisce ulteriori informazioni su come definire "età avanzata" e sul peso da dare a questo fattore di rischio. Qualche ulteriore elemento di chiarimento in merito ci è fornita dalle linee guida USA che riguardano l'uso di ASA a basse dosi (in assenza di concomitante uso di altri antiaggreganti, corticosteroidi o di storia di ulcera duodenale) per la prevenzione cardiovascolare primaria: l'incidenza attesa di eventi gravi gastroenterici aumenta con l'età; nel range 60-69 anni 0,24 e 0,12% rispettivamente per uomini e donne, salendo a 0,32 e 0,18% nel range 70-79 anni (Filippi - Giustini, Rivista della Società Italiana di Medicina Generale 2009).

Appare ,allora, piuttosto orientativa l'indicazione 65-75 anni presente nel razionale della Nota 1. Il rischio correlabile all'età sembra aumentare in maniera lineare, senza un'età soglia definibile in maniera inequivocabile. Sembra quindi raccomandabile valutare il rischio di complicanze G.I. correlabile all'uso cronico di FANS compreso ASA a basso dosaggio, in una visione globale del paziente e delle sue condizioni cliniche, già a partire dalla fascia compresa tra i 60 e i 65 anni

Tutt'altro che facile la stima individuale del livello di rischio di emorragia digestiva in pazienti con **doppia terapia antiaggregante** (per es. ASA + Clopidogrel ove si può stimare che il rischio annuale di emorragia digestiva sia intorno all'1,5%) in pazienti di età inferiore ai 60-65 anni, in cui la valutazione deve essere fatta su base individuale.

Il rischio di emorragia con un solo antiaggregante diverso da ASA è basso e non giustifica l'uso di terapia profilattica come nel caso di ASA.

A proposito di clopidogrel, inoltre, occorre ricordare come l'uso cronico di alcuni PPI sembra ridurre l'attività antiaggregante del farmaco, e che, attualmente, omeprazolo ed esomeprazolo sono formalmente sconsigliati in corso di terapia con clopidogrel.

Coxib (inibitori selettivi delle Cox2): l'uso di questi anti-infiammatori è correlato ad un rischio minore di complicanze gravi del tratto G.I. rispetto ai FANS non selettivi. Benché il mandato della Nota 1 faccia riferimento ai FANS in genere,senza distinzione tra selettivi e non, la letteratura disponibile raccomanda l'impiego di coxib senza necessità di uso concomitante di PPI. Una

decisione terapeutica in senso opposto potrebbe essere valutata, eventualmente, in caso di una particolare storia clinica che individui un rischio altissimo (ad es. precedente emorragia G.I. correlata a FANS) ed una contestuale necessità di terapia con Coxib. Appare però raccomandabile, comunque in questo tipo di paziente, valutare prima qualsiasi altra opzione terapeutica che non preveda l'impiego di FANS, tanto non selettivi che selettivi.

Un ultimo aspetto da considerare sull'uso cronico dei PPI è rappresentato dalla "safety" di questi farmaci quando assunti per lungo periodo. Molti studi osservazionali hanno evidenziato potenziali associazioni con diverse condizioni cliniche patologiche, tra cui l'aumentato rischio di fratture (ridotto assorbimento di calcio e stimolo degli osteoclasti), ipomagnesiemia talora anche severa (sebbene condizione rara), deficit di vitamina B12 (per malassorbimento in acloridria indotta) specie nei pazienti anziani, deficit di ferro e conseguente anemia sideropenica, infezioni enteriche (in particolare da *Clostridium difficile*, ma anche da *Salmonella* e *Campylobacter jejuni*), infezioni polmonari, maggior incidenza di neoplasie quali polipi gastrici, carcinoide gastrico, cancro gastrico e cancro del colon (Reimer C. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2013).

RIMBORSABILITA' PPI SECONDO NOTA AIFA 1			
	TERAPIA CRONICA CON FANS	TERAPIA ANTIAGGREGANTE CON ASA A BASSO DOSAGGIO	***ANNOTAZIONI***
PREGRESSE EMORRAGIE DIGESTIVE	*Rimborsabile seconda nota 1*	*Rimborsabile seconda nota 1*	
ULCERA PEPTICA NON GUARITA CON TERAPIA ERADICANTE HP	*Rimborsabile seconda nota 1*	*Rimborsabile seconda nota 1*	
TERAPIA CONCOMITANTE CON ANTICOAGULANTI O CORTISONICI	*Rimborsabile seconda nota 1*	*Rimborsabile seconda nota 1*	La condizione di doppia antiaggregazione con ASA e clopidogrel o prasugrel o ticagrelor,in presenza degli altri fattori di rischio esplicitati in Nota 1, o l'assunzione di questi antiaggreganti in corso di terapia cronica con FANS, raccomanda l'uso di PPI che possono essere erogati in regime di rimborsabilità. L'uso di solo clopidogrel, prasugrel o ticagrelor è correlato ad un rischio basso di emorragia digestiva e, abitualmente, non richiede l'uso di PPI. Omeprazolo ed esomeprazolo non devono essere impiegati in corso di terapia con clopidogrel.
ETA' AVANZATA	*Rimborsabile seconda nota 1*	*Rimborsabile seconda nota 1*	In assenza di indicazioni esplicite nella Nota 1, può essere considerata un'età ≥ 65 anni. In presenza di storia clinica suggestiva di rischio elevato o, in funzione dello stato generale di salute del paziente, può essere considerata in soggetti di età ≥ 60 anni.

CONSIDERAZIONI ECONOMICHE

I farmaci PPI possono considerarsi sovrapponibili nelle indicazioni e di conseguenza nell'uso. Hanno tutti la stessa efficacia, ma presentano diversi profili rispetto all'interazione con altri medicinali. Pantoprazolo e Rabeprazolo ***(N.B:rabeprazolo è l'unico PPI ad avere esclusivo uso nell'ambito della sola nota 48)*** sono, infatti, gli unici due PPI per i quali l'interazione con altri farmaci può essere considerata trascurabile. Gli inibitori di pompa protonica vengono metabolizzati dal sistema del citocromo P450, dunque possono dare interazione con quei farmaci metabolizzati dallo stesso sistema quali anticoncezionali orali, alcuni FANS, fenitoina, diazepam, warfarin. In particolare, a seguito della pubblicazione di studi osservazionali è stato evidenziato che i PPI possono ridurre l'efficacia di clopidogrel, riducendo la sua conversione nella forma attiva; al momento è formalmente sconsigliato l'uso di omeprazolo ed esomeprazolo nei pazienti che assumono clopidogrel.

In assenza di consolidata letteratura che mostri netti vantaggi clinici correlabili all'uso dei diversi IPP, appare opportuno rilevare che, al momento , esistono differenza di costo per le diverse molecole.

Principio attivo	Confezione di riferimento	Prezzo riferimento
Rabeprazolo	14 UNITA' 10 MG - USO ORALE	€ 3,21
Omeprazolo	14 UNITA' 10 MG - USO ORALE	€ 3,22
Lansoprazolo	14 UNITA' 15 MG - USO ORALE	€ 4,09
Pantoprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 4,31
Rabeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 5,89
Omeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 6,07
Esomeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 6,08
Lansoprazolo	14 UNITA' 30 MG - USO ORALE	€ 6,65
Pantoprazolo	14 UNITA' 40 MG - USO ORALE	€ 7,79
Esomeprazolo	14 UNITA' 40 MG - USO ORALE	€ 7,89

Fonte AIFA (al 06/07/2014)

Costo SSN (al netto da eventuale quota di partecipazione alla spesa) per confezione .

Nota AIFA 1

Farmaci in Nota
-PPI: Esomeprazolo, Lansoprazolo, Omeprazolo, Pantoprazolo.
-Misoprostolo*

La prescrizione a carico del SSN è limitata:

- **alla prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**
  - in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
  - in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi
- **purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio**
  - storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
  - concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
  - età avanzata.

* La prescrizione dell'associazione misoprostolo + diclofenac è rimborsata alle condizioni previste dalla Nota 66.

Background

È noto come il trattamento cronico con i FANS possa determinare un aumentato rischio di ulcera peptica e delle sue complicanze gravi (emorragia, perforazione, ostruzione). Il rischio di ospedalizzazione per una complicanza grave è stimato fra l'1 e il 2% per anno, ed aumenta fino a 4-5 volte nelle categorie a rischio specificate nella nota limitativa.

Sulla base di studi clinici randomizzati e osservazionali anche l'uso di anticoagulanti e l'età avanzata (65-75 anni) sono risultate essere condizioni predisponenti al rischio di complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore. Pertanto tali condizioni devono essere considerate fattori suggestivi di popolazioni a maggior rischio ma non raccomandazioni tassative per trattare, ad esempio, tutti gli anziani o tutti coloro che assumono anticoagulanti.

Data la rilevanza clinica della tossicità gastroduodenale indotta dai FANS, numerosi sono stati gli studi che hanno valutato l'efficacia di una "gastroprotezione" utilizzando accanto agli inibitori di pompa anche gli analoghi delle prostaglandine (misoprostolo) e gli anti secretivi (H2 antagonisti).

I pazienti in trattamento combinato, ASA e clopidogrel, per i quali è sconsigliata la somministrazione di un inibitore della pompa protonica, possono effettuare la prevenzione delle complicanze gravi del tratto intestinale superiore con l'assunzione di misoprostolo. In ogni caso debbono essere rispettate le condizioni di rischio nel box sopra riportato.

Evidenze disponibili

Misoprostolo
Risulta ancor oggi l'unico farmaco per il quale esistono dati convincenti che ne dimostrano l'efficacia nel ridurre l'incidenza delle complicanze gravi (emorragie, perforazioni e ostruzione pilorica) della gastropatia da FANS. Lo studio (MUCOSA) di grandi dimensioni (8853 pazienti) ha infatti documentato una riduzione del 40% di dette complicanze rispetto al placebo. Una metanalisi di 24 studi che ha valutato l'efficacia del misoprostolo, non in base alla riduzione delle complicanze ma solo in base alla riduzione dell'incidenza di ulcere gastriche o duodenali diagnosticate endoscopicamente, ha confermato detta efficacia: (NNT = 8) per prevenire un'ulcera gastrica e (NNT = 30) per prevenire un'ulcera duodenale.

Il misoprostolo somministrato alla dose di 800 mg ha però una tollerabilità scarsa (dispepsia, dolore addominale, diarrea) e nello studio mucosa i pazienti che sospendevano il trattamento per disturbi gastrointestinali erano più numerosi fra quelli trattati con misoprostolo più FANS (27,4%) che fra quelli trattati con FANS più ***placebo*** (20,1% p<0,001).
Inibitori della pompa protonica
Numerosi studi hanno dimostrato che, nei soggetti trattati con FANS, dosi standard di inibitori della pompa protonica riducono significativamente l'incidenza di ulcere gastriche e duodenali diagnosticate all'endoscopia rispetto al placebo. Due di essi meritano particolare attenzione. Nel primo, l'omeprazolo è stato confrontato con ranitidina e, nel secondo, con misoprostolo in due trial con uguale disegno sperimentale. In tutti e due gli studi (ASTRONAUT e OMNIUM) venivano valutati soggetti che, a seguito della terapia con FANS, presentavano un'ulcera peptica o almeno 10 erosioni gastriche o duodenali. Ciascuno dei due trial esaminava due fasi: a) la guarigione delle lesioni da FANS già presenti; e b) la prevenzione della ricomparsa delle lesioni durante ritrattamento con i FANS. In entrambe le fasi la terapia con omeprazolo si è dimostrata più efficace del farmaco di confronto (rispettivamente, ranitidina e misoprostolo) sia nel guarire le ulcere sia nel prevenire le recidive.

Detti risultati vanno però valutati con prudenza in quanto entrambi gli studi presentano limiti metodologici rilevanti quali: 1) la dimostrazione di maggiore efficacia è basata su parametri surrogati, infatti gli studi hanno utilizzato come "end-point" terapeutico la riduzione del numero di ulcere endoscopiche e dei sintomi dispeptici e non delle complicanze gravi che sono il parametro clinico più rilevante cui mira la profilassi farmacologica: non è cioè la stessa cosa prevenire un'ulcera visibile all'endoscopia routinaria in uno ***studio clinico*** e prevenire una complicanza grave (emorragia, perforazione, ostruzione); 2) le dosi utilizzate con i farmaci di riferimento (400 mg/d per il misoprostolo e 300 mg/d per la ranitidina) sono probabilmente inadeguate; infine, 3) è mancata soprattutto un'attenta considerazione alla presenza o meno nei pazienti trattati di un'infezione da *Helicobacter pylari* (*H.pylori*). Lo stato di portatore o meno di una tale infezione può, infatti, avere grande rilevanza. Una recente metanalisi condotta su 16 studi dimostra, infatti, in modo convincente come sia l'infezione da *H.pylori* sia l'impiego di FANS tradizionali possano aumentare il rischio di causare un'ulcera peptica o un sanguinamento gastrico in modo indipendente, avendo un effetto sinergico nell'aggravare il rischio di ulcera peptica e sanguinamento quando entrambi i fattori di rischio sono presenti nello stesso paziente. La superiore efficacia dell'inibitore di pompa rispetto a misoprostolo e a dosi usuali di H2 bloccanti nel prevenire le ulcere da FANS potrebbe cioè essere in parte solo apparente e dovuta a una diversa distribuzione dei pazienti con infezione nella popolazione studiata.

Particolari avvertenze

L'importanza dell'infezione da *H.pylori* nella strategia di prevenzione del sanguinamento gastrico causato dai Fans tradizionali e dall'ASA a basso dosaggio è dimostrato da uno studio recente che ha rilevato come nei pazienti con infezione da *H.pylori* e una storia di sanguinamento gastrico, l'eradicazione dell'infezione da *H.pylori* risulti equivalente all'omeprazolo nel prevenire una recidiva del sanguinamento gastrico nei pazienti che assumono ASA a basse dosi (probabilità di recidiva del sanguinamento a sei mesi 1,9% con eradicazione e 0,9% con omeprazolo). Mentre nei pazienti che assumono naprossene al posto dell'ASA a basse dosi l'inibitore di pompa risulta più efficace della semplice eradicazione (probabilità di recidiva del sanguinamento a 6 mesi 18,8% con l'eradicazione e 4,4% con omeprazolo).
Nei pazienti con storia di sanguinamento gastrico, e che devono continuare una profilassi secondaria con ASA a basse dosi, l'eradicazione dell'infezione probabilmente si pone perciò come strategia profilattica più conveniente della somministrazione di un inibitore di pompa. Non è chiaro se l'eradicazione vada comunque eseguita in tutti i pazienti infetti che fanno uso cronico di FANS tradizionali.

Una metanalisi recente ha dimostrato che il rischio emorragico da ASA impiegato come antiaggregante è assai basso (una emorragia ogni 117 pazienti trattati con 50-162 mg/die di ASA per una durata media di 28 mesi). Pertanto, una gastroprotezione farmacologica generalizzata non è giustificata. I trial considerati nella metanalisi escludevano però i pazienti ad alto rischio emorragico. In mancanza di dati relativi a questi pazienti, se si estrapola ad essi l'aumento di emorragie o ulcere da FANS nei soggetti a rischio (4-5 volte quello di base), la gastroprotezione nei soggetti a rischio emorragico trattati "long-term" con ASA potrebbe essere giustificata specie in presenza dei fattori di rischio più rilevanti (emorragia pregressa e pazienti in trattamento con anticoagulanti e cortisonici). Nei pazienti con infezione da *H.pylori* risulta indicata l'eradicazione. Non è invece appropriato l'uso di preparazioni "gastroprotette" o tamponate di ASA, che hanno un rischio emorragico non differente da quello dell'ASA standard. Gli H2-inibitori non sono stati inclusi tra i farmaci indicati per la prevenzione e il trattamento del danno gastrointestinale da FANS perché in dosi standard non riducono significativamente l'incidenza delle ulcere gastriche, che sono le più frequenti fra quelle da FANS anche se hanno efficacia pressoché uguale a quella del misoprostolo sulle ulcere duodenali. Una revisione non sistematica del danno gastrointestinale da FANS non raccomanda gli H2 – inibitori per la prevenzione dei danni gastrointestinali da FANS; li ammette per la terapia delle ulcere previa sospensione dei FANS, ma non se si seguitano i FANS. I dati clinici citati non possono essere applicati ai COXIB.

Va segnalato come in uno studio in pazienti con storia di sanguinamento gastrico recente, il trattamento per sei mesi con omeprazolo più diclofenac si sia dimostrato egualmente efficace rispetto al celecoxib nel prevenire la ricorrenza del sanguinamento gastrico.

Al momento vi sono dati preliminari derivati da un solo RCT di modeste dimensioni che documenta l'efficacia di un inibitore di pompa nel ridurre il danno gastrico da COXIB.

Bibliografia

1. Chan FKL, et al. Celecoxib versus diclofenac and omeprazole in reducing the ***risk*** of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis.
   N Engl J Med 2002; 347: 2104-10.
2. Chan FKL, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with Helicobacter pylori infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. N Engl J Med 2001; 344: 967-73.
3. Cullen D, et al. Primary gastroduodenal prophylaxis with omeprazolo for Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug users. Aliment Pharmacol Ther 1998; 12: 135-40.
4. Daneshmend TK, et al. Abolition by omeprazole of aspirin-induced gastric mucosal injury in man.
   Gut 1990; 31: 514-7.
5. Derry S, et al. ***Risk*** of gastrointestinal hemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. BMJ 2000; 321: 1183-7.

6. Ekstrom P, et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug continuous therapy. A nordic multicentre study. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 753-8.
7. Feldman M. Peptic ulcer disease.
In: Dale DC, Federman DD, eds. Scientific American Medicine, Section 4, Gastroenterology II, 2000: 2-3.
8. Graham DY, et al. Ulcer prevention in long-term users of Nonsteroidal Antinflammatory Drugs. Arch Intern Med 2002; 162: 169-75.
9. Graham DY. Critical effect of Helicobacter pylori infection on the ***effectiveness*** of omeprazole for prevention of gastric or duodenal ulcers among chronic NSAID users. Helicobacter 2002; 7: 1-8.
10. Graham DY. NSAIDS, Helicobacter pylori and Pandora Box. N Engl J Med 2002; 347: 2162-4.
11. Hawkey CJ, et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-Induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 727-34.
12. Jia-Qing, et al. Role of Helicobacter pylori infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease: a meta-analysis. Lancet 2002; 359: 14-22.
13. Kelly YP, et al. ***Risk*** of aspirin–associated major upper gastrointestinal bleeding with enteric-coated or buffered products. Lancet 1996; 384: 1413-6.
14. Koch M, et al. Prevention of Nonsteroidal Anti-inflammatory drugs-induced gastrointestinal mucosal injury. A meta-analysis of randomised controlled clinical trial. Arch Intern Med 1996; 156: 2321-32.
15. Lanza FL. A guideline for the treatment and prevention of NSAID-induced ulcers. Am J Gastroenterol 1998; 93: 2037-46.
16. Silverstein, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with rheumatoid arthritis receiving Nonsteroidal Anti-inflammatory drugs. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 1995; 123: 241-9.
17. Wolfe MM, et al. Gastrointestinal toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs. N Engl J Med 1999; 340: 1888-99.
18. Yeomans ND, et al. A comparison
of omeprazole with ranitidine for ulcers associated with Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. N Engl J Med 1998; 338: 719-26.
19. Chan FKL, et al. Combination of a cyclo-oxygenase-2 inhibitor and a proton-pump inhibitor for prevention of recurrent ulcer bleeding in patients at very **high *risk*: a double-blind**, randomised trial. Lancet 2007; 369: 1621-6.
20. Heidelbaugh JJ, et al. Overutilization of proton pump inhibitors: a review of cost-***effectiveness*** and ***risk*** [corrected]. Am J Gastroenterol 2009; 104: 27-32.
21. Lanza FL, et al. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. Am J Gastroenterol 2009; 104: 728-38.
22. Schlansky B, et al. Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastropathy. J Gastroenterol 2009; 19: 44-52.
23. Gilard M, et al. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin. The randomized, double-blind OCLA (Omeprazole CLopidogrel Aspirin) study. J Am Coll Cardiol 2008; 51: 256-60.

ALLEGATO "B"

REGIONE PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

COMMISSIONE APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Uso appropriato dei PPI (Inibitori di Pompa Protonica) nella prevenzione del rischio di eventi maggiori gastrointestinali correlati all'uso cronico di FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) incluso ASA a basso dosaggio in terapia antiaggregante.

I PPI rappresentano una classe di farmaci molto prescritti e utilizzati in quanto molto efficaci e ben tollerati, ma per tale motivo spesso vi è (o vi è stato) un abuso di prescrizione (Pham CQ et al. Ann Pharmacotherapy 2006, Grant K et al. Pharm World Science 2006), in particolare nell'ambito della malattia da reflusso gastro-esofageo, e talora per indicazioni inappropriate (Batuwitage BT et al. Postgrad Med Journal 2007, Ramirez E et al. Curr Clin Pharmacology 2010).

Gli inibitori della pompa protonica (PPI), omeprazolo, esomeprazolo lansoprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo, rappresentano per la nostra Regione un capitolo di spesa che si mantiene costantemente elevato, rispetto al resto d'Italia, sia pure nel trend di una riduzione globale di spesa per effetto della genericazione dei farmaci. Nel 2013 la spesa media netta a carico del SSN per 1000 abitanti è stata in Puglia di circa 14.000 euro contro i circa 11.000 euro della spesa media in Italia.

	DDD per 1000 ab.2013 ITALIA	DDD per 1000 ab.2013 Puglia	Spesa netta per 1000 ab.2013 ITALIA	Spesa netta per 1000 ab.2013 Puglia
INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	888,31	1.062,31	11.515,01	14.391,19
A02BC03 LANSOPRAZOLO	256,46	353,91	3.427,12	4.814,79
A02BC02 PANTOPRAZOLO	220,58	293.76	3.229,01	4.503,80
A02BC01 OMEPRAZOLO	234,51	245,72	2.716,07	2.865,94
A02BC05 ESOMEPRAZOLO	148,95	146,72	1.847,58	1.966,36
A02BC04 RABEPRAZOLO	27,81	22,21	295,23	240,30

CONSIDERAZIONI ECONOMICHE

I farmaci PPI possono considerarsi sovrapponibili nelle indicazioni e di conseguenza nell'uso. Hanno tutti la stessa efficacia, ma presentano diversi profili rispetto all'interazione con altri medicinali. Pantoprazolo e Rabeprazolo ***(N.B:rabeprazolo è l'unico PPI ad avere esclusivo uso nell'ambito della sola nota 48)*** sono, infatti, gli unici due PPI per i quali l'interazione con altri farmaci può essere considerata trascurabile. Gli inibitori di pompa protonica vengono metabolizzati dal sistema del citocromo P450, dunque possono dare interazione con quei farmaci metabolizzati dallo stesso sistema quali anticoncezionali orali, alcuni FANS, fenitoina, diazepam, warfarin. In particolare, a seguito della pubblicazione di studi osservazionali è stato evidenziato che i PPI possono ridurre l'efficacia di clopidogrel, riducendo la sua conversione nella forma attiva; al momento è formalmente sconsigliato l'uso di omeprazolo ed esomeprazolo nei pazienti che assumono clopidogrel.

In assenza di consolidata letteratura che mostri netti vantaggi clinici correlabili all'uso dei diversi IPP, appare opportuno rilevare che, al momento , esistono differenza di costo per le diverse molecole.

Principio attivo	Confezione di riferimento	Prezzo riferimento
Rabeprazolo	14 UNITA' 10 MG - USO ORALE	€ 3,21
Omeprazolo	14 UNITA' 10 MG - USO ORALE	€ 3,22
Lansoprazolo	14 UNITA' 15 MG - USO ORALE	€ 4,09
Pantoprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 4,31
Rabeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 5,89
Omeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 6,07
Esomeprazolo	14 UNITA' 20 MG - USO ORALE	€ 6,08
Lansoprazolo	14 UNITA' 30 MG - USO ORALE	€ 6,65
Pantoprazolo	14 UNITA' 40 MG - USO ORALE	€ 7,79
Esomeprazolo	14 UNITA' 40 MG - USO ORALE	€ 7,89

Fonte AIFA (al 06/07/2014)
Costo SSN (al netto da eventuale quota di partecipazione alla spesa) per confezione .

La Commissione Appropriatezza Prescrittiva Regione Puglia

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