

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia



REGIONE
PUGLIA

ANNO XLVII

BARI, 10 OTTOBRE 2016

n. 114



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.

S O M M A R I O

“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 28 settembre 2016, n. 1465 D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50. Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Approvazione criteri per la nomina della commissione giudicatrice.	49320
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1468 POR Puglia 14-20. Asse VIII “Prom. la sostenibilità e la qualità dell’occup. ed il sostegno alla mobilità profes.” - Az 8.10. Approvazione nuovo schema di Convenz. tra Reg. Emilia Romagna, Puglia, Umbria, Prov.Aut.Trento, Valle D’Aosta e Calabria portale “Lavoro per Te”. Rif. DGR 432/14 di adesione al bando di gara. Var. bilancio di prev.2016 e plur.2016-18 D.lgs. n. 118/11 e ss.mm.ii.	49324
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1471 Art. 3-bis, commi 5 e 6, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. – Avvio del procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell’incarico per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali BA, BR, BT e TA.	49343
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1506 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull’amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità, di cui all’articolo 5 e all’allegato 5 del decreto 14 maggio 1996. Presa d’atto.	49348
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1507 POR PUGLIA FESR - F.S.E. 2014-2020 AVVISO PUBBLICO n. 4/2016 “Piani Formativi aziendali”- VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2016 E PLURIENNALE 2016-2018 AI SENSI DEL D. LGS N. 118/2011 E SS.MM.II.. . . .	49408
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1508 Patto di stabilità regionalizzato per l’anno 2016. Articolo 1, commi 728 - 731, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Recepimento dell’accordo con l’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) – Puglia, la Città metropolitana di Bari e l’Unione delle Province d’Italia (UPI) – Puglia.	49417
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1509 DGR n. 1731/2015. Rettifica ed integrazione.	49426
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1511 ARCA CAPITANATA – Localizzazione fondi per interventi di Manutenzione Straordinaria con l’utilizzo delle risorse rivenienti dai proventi di cui alla L.560/93.	49488
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1512 Comune di Bisceglie (BA) – Legge Regionale n. 20/05 -art.13- Delibera di G.R. n. 870/06 - Proroga termini del Programma Integrato di Riqualificazione delle Periferie (PIRP) e dell’emissione dei decreti di esproprio delle aree comprese nel PIRP del Quartiere Levante.	47491

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1465

D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50. Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture. Approvazione criteri per la nomina della commissione giudicatrice.

Il Presidente della Giunta regionale, dott. Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Alta Professionalità "Appalti di forniture e servizi" e confermata dal Dirigente della Sezione Gestione Integrata Acquisti e dal Segretario Generale della Presidenza della Giunta regionale riferisce quanto segue.

Il 19 aprile 2016 è entrato in vigore il D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture".

La nuova disciplina in materia di contratti pubblici, dettata dal citato decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 (in seguito anche Codice), come previsto dall'art. 216 dello stesso, si applica alle procedure ed ai contratti per i quali i bandi e gli avvisi con cui si indice la procedura di scelta del contraente siano pubblicati a decorrere dal 19 aprile 2016.

Il nuovo Codice prevede però un'ampia serie di disposizioni transitorie, contenute soprattutto nell'art. 216, rispetto alle quali le stazioni appaltanti sono chiamate a definire modalità attuative.

In particolare, gli articoli 77 e 78 contengono nuove disposizioni per la nomina delle commissioni giudicatrici in caso di procedure di aggiudicazione di contratti di appalti o di concessioni con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo. Si prevede l'istituzione presso l'ANAC, che lo gestisce e lo aggiorna secondo criteri individuati con apposite determinazioni, l'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici, cui possono iscriversi soggetti in possesso di requisiti di compatibilità e moralità, nonché di comprovata competenza e professionalità nello specifico settore a cui si riferisce il contratto, secondo i criteri e le modalità che l'Autorità dovrà definire in un apposito atto da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del codice.

La stazione appaltante può, in caso di affidamento di contratti di importo inferiore alle soglie di cui all'articolo 35 del Codice o per quelli che non presentano particolare complessità, nominare componenti interni alla stazione appaltante, nel rispetto del principio di rotazione.

L'art. 77 comma 12 del Codice prevede che "Fino alla adozione della disciplina in materia di iscrizione all'Albo di cui all'articolo 78, la commissione continua ad essere nominata dall'organo della stazione appaltante competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto, secondo regole di competenza e trasparenza preventivamente individuate da ciascuna stazione appaltante".

E' necessario, pertanto, approvare i criteri per la nomina della commissione giudicatrice nelle procedure di affidamento di lavori, forniture e servizi, come di seguito specificati:

a. La Commissione giudicatrice per la valutazione delle offerte nelle gare e nelle procedure di affidamento

è nominata dal Dirigente della struttura competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto.

- b. Il Dirigente della struttura competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto si riserva la facoltà di nominare una commissione di gara anche nelle procedure da aggiudicare mediante il criterio del minor prezzo.
- c. La nomina della commissione, proposta dal Dirigente della struttura committente, deve avvenire dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte.
- d. La commissione è costituita da un numero di componenti pari a tre o, qualora la valutazione delle offerte richieda ulteriori professionalità ovvero risulti particolarmente complessa, pari a cinque.
- e. I componenti sono individuati tra il personale della Regione Puglia. Va assicurata, ove possibile, la rotazione nell'individuazione dei componenti delle commissioni.
- f. Il Presidente è un dirigente o, in caso di indisponibilità ovvero di incompatibilità o inconfiribilità, un funzionario incaricato di funzioni apicali.
- g. I commissari diversi dal presidente sono individuati tra i dirigenti e i funzionari di categoria D) della Regione con esperienza nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto da affidare, in relazione in particolare all'ambito organizzativo di appartenenza, al titolo di studio e alla pregressa esperienza lavorativa.
- h. I componenti devono essere esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto da affidare e non devono aver svolto, né possono svolgere, alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al medesimo.
- i. I componenti non devono trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 77, co. 5 e 6, del D.Lgs. n. 50/2016 e, a tal fine, in sede di prima riunione della commissione di gara devono rendere apposita dichiarazione recante l'indicazione di insussistenza delle suddette clausole.
- j. Il provvedimento di nomina della Commissione individua anche il segretario della stessa tra il personale appartenente alla categoria C) o D), che non assume il ruolo di componente del collegio.
- k. L'espletamento dell'incarico di componente e segretario della commissione giudicatrice da parte di dirigenti/dipendenti regionali avviene a titolo gratuito, dovendosi considerare *ratione officii*.
- l. In caso di indisponibilità in organico di adeguate professionalità, attestata dal dirigente della struttura committente, o qualora lo richiedano esigenze oggettive, si può fare ricorso a soggetti esterni alla Amministrazione regionale, in conformità a quanto previsto dalla legislazione vigente. In tal caso, le spese relative alla commissione sono inserite nel quadro economico del progetto tra le somme a disposizione della stazione appaltante.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. k) della Legge regionale n. 7/97.

COPERTURA FINANZIARIA

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

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

LA GIUNTA

Udita la relazione del Presidente proponente;

Vista le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

A voti unanimi espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

- 1) di prendere atto di quanto in narrativa esposto e di richiamarlo quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) l'approvazione dei seguenti criteri per la nomina delle commissioni giudicatrici interne nelle procedure di affidamento di lavori, forniture e servizi:
 - a) La Commissione giudicatrice per la valutazione delle offerte nelle gare e nelle procedure di affidamento è nominata dal Dirigente della struttura competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto.
 - b) Il Dirigente della struttura competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto si riserva la facoltà di nominare una commissione di gara anche nelle procedure da aggiudicare mediante il criterio del minor prezzo.
 - c) La nomina della commissione, proposta dal Dirigente della struttura committente, deve avvenire dopo la scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte.
 - d) La commissione è costituita da un numero di componenti pari a tre o, qualora la valutazione delle offerte richieda ulteriori professionalità ovvero risulti particolarmente complessa, pari a cinque.
 - e) I componenti sono individuati tra il personale della Regione Puglia. Va assicurata, ove possibile, la rotazione nell'individuazione dei componenti delle commissioni.
 - f) Il Presidente è un dirigente o, in caso di indisponibilità ovvero di incompatibilità o inconferibilità, un funzionario incaricato di funzioni apicali.
 - g) I commissari diversi dal presidente sono individuati tra i dirigenti e i funzionari di categoria D) della Regione con esperienza nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto da affidare, in relazione in particolare all'ambito organizzativo di appartenenza, al titolo di studio e alla pregressa esperienza lavorativa.
 - h) I componenti devono essere esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto da affidare e non devono aver svolto, né possono svolgere, alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al medesimo.
 - i) I componenti non devono trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 77, co. 5 e 6, del D.Lgs. n. 50/2016 e, a tal fine, in sede di prima riunione della commissione di gara devono rendere apposita dichiarazione recante l'indicazione di insussistenza delle suddette clausole.
 - j) Il provvedimento di nomina della Commissione individua anche il segretario della stessa tra il personale appartenente alla categoria C) o D), che non assume il ruolo di componente del collegio.
 - k) L'espletamento dell'incarico di componente e segretario della commissione giudicatrice da parte di dirigenti/dipendenti regionali avviene a titolo gratuito, dovendosi considerare *ratione officii*.
 - l) In caso di indisponibilità in organico di adeguate professionalità, attestata dal dirigente della struttura committente, o qualora lo richiedano esigenze oggettive, si può fare ricorso a soggetti esterni alla Amministrazione regionale, in conformità a quanto previsto dalla legislazione vigente. In tal caso, le spese relative alla commissione sono inserite nel quadro economico del progetto tra le somme a disposizione della stazione appaltante.
- 3) di dare atto che i suddetti criteri potranno essere oggetto di modifica a seguito dell'adozione della disciplina in materia di iscrizione all'Albo di cui all'articolo 78 del D.Lgs. n. 50/2016;
- 4) di stabilire che i suddetti criteri dovranno essere osservati dai Dirigenti delle strutture competenti ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto e si applicano a tutte le procedure di nomina della commissione giudicatrice in relazione alle quali, alla data di pubblicazione del presente atto, non sono stati adottati i relativi atti;

- 5) di stabilire, altresì, che il Dirigente della struttura competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto dovrà pubblicare tempestivamente, comunque prima dell'insediamento della commissione, sul profilo del committente, nella sezione "amministrazione trasparente" la composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei componenti (art. 29, comma 1, del D.Lgs. n. 50/2016);
- 6) di demandare al Responsabile della Trasparenza la verifica dei conformi adempimenti di cui al presente atto da parte dei dirigenti regionali;
- 7) di notificare il presente atto all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- 8) di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1468

POR Puglia 14-20. Asse VIII "Prom. la sostenibilità e la qualità dell'occup. ed il sostegno alla mobilità profes." - Az 8.10. Approvazione nuovo schema di Convenz. tra Reg. Emilia Romagna, Puglia, Umbria, Prov.Aut. Trento, Valle D'Aosta e Calabria portale "Lavoro per Te". Rif. DGR 432/14 di adesione al bando di gara. Var. bilancio di prev.2016 e plur.2016-18 D.lgs. n. 118/11 e ss.mm.ii.

Assente l'Assessore al Lavoro prof. Sebastiano Leo, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore dr. Emidio Smaltino, confermata dal Dirigente del Servizio Politiche Attive e Tutela della Sicurezza e Qualità delle condizioni del lavoro dr. Giuseppe Leila, dal Dirigente della Sezione Promozione e Tutela Del Lavoro dr.ssa Annalisa Fiore d'intesa, per la parte relativa alla copertura finanziaria con il dirigente della Sezione Programmazione Unitaria dr. Pasquale Orlando quale Autorità di Gestione del POR Puglia 2014/2020, convalidata dal Direttore del Dipartimento Sviluppo economico, Innovazione, Istruzione, Formazione e Lavoro prof. ing. Domenico Laforgia, riferisce quanto segue l'assessore al Welfare, Salvatore Negro:

Visti:

- il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca, e che abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- il Regolamento (UE) n. 1301/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 Relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale e a disposizioni specifiche concernenti l'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" e che abroga il Regolamento (CE) n. 1080/2006 del Consiglio;
- il Regolamento delegato (UE) n. 240/2014 della Commissione del 7 gennaio 2014 recante un codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e d'investimento europei (SIE), che definisce i principi essenziali e le buone prassi svolte a garantire l'efficace organizzazione del partenariato e della governance a più livelli, basato sulla stretta collaborazione tra autorità pubbliche, parti economiche e sociali e pertinenti organismi della società civile, in attuazione dell'art. 5 del Regolamento (UE) n. 1303/2013;
- l'Accordo di Partenariato Italia 2014-2020, che definisce la strategia e le priorità di investimento per l'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei (SIE) 2014-2020, approvato dalla Commissione Europea in data 29 ottobre 2014 con propria Decisione di esecuzione C (2014) 8021 final, e che ne approva determinati elementi, così come previsto dal Regolamento (UE) 1303/2013;

Premesso che:

- con Decisione C(2015) 5854 del 13 agosto 2015 dei competenti Servizi della Commissione Europea, (Decisione notificata alla Regione Puglia per il tramite della Rappresentanza Permanente dell'Italia presso l'Unione Europea in data 2 settembre 2015), è stato approvato il Programma Operativo Regionale 2014/2020 della Puglia.
- il Programma Operativo, nella versione definitiva generata dalla piattaforma informatica della Commissione SFC 2014, è stato approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 1735 del 6 ottobre 2015;
- in data 11.03.2016 il Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014/2020 ha approvato la metodologia e i criteri di selezione delle operazioni ai sensi dell'art. 110 (2), lett. a) del Reg. (UE) n. 1303/2013, di cui la Giunta Regionale ha preso atto con deliberazione n. 582 del 26.04.2016;

Considerato che:

- l'art. 69 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale" prevede che:
 - "Le pubbliche amministrazioni che siano titolari di programmi informatici realizzati su specifiche indica-

zioni del committente pubblico, hanno obbligo di darli in formato sorgente, completi della documentazione disponibile, in uso gratuito ad altre pubbliche amministrazioni che li richiedono e che intendano adattarli alle proprie esigenze, salvo motivate ragioni” (comma 1);

- “Nei contratti di acquisizione di programmi informatici sviluppati per conto e a spese delle amministrazioni, le stesse possono includere clausole, concordate con il fornitore, che tengano conto delle caratteristiche economiche ed organizzative di quest’ultimo, volte a vincolarlo, per un determinato lasso di tempo, a fornire, su richiesta di altre amministrazioni, servizi che consentono il riuso dei programmi o dei singoli moduli. Le clausole suddette definiscono le condizioni da osservare per la prestazione dei servizi indicati” (comma 4);
- il riuso di progetti software consente alle Amministrazioni riusanti di acquisire gratuitamente le applicazioni e le soluzioni necessarie, previo accordo con l’Amministrazione cedente;
- le Amministrazioni riusanti possono contribuire ai costi di attività miranti al miglioramento della soluzione riusata;
- nel corso della riunione del Tavolo Tecnico permanente per il riuso del SIL tenutosi in data 24 settembre 2012 è emersa l’esigenza di richiedere il riuso di applicazioni informatiche del portale della Regione Emilia-Romagna di servizi on-line “Lavoro per Te”, come risulta dal verbale del 04/12/12, N. PG 2012.284828 agli atti del Sezione Promozione e Tutela Del Lavoro;
- la Regione Emilia-Romagna ha proposto l’implementazione di attività del portale da co-progettare e condividere con le Amministrazioni che hanno sottoscritto la convenzione di riuso;
- il portale di servizi on-line “Lavoro per Te” è stato realizzato secondo logiche totalmente modulari, al fine di consentire alle Amministrazioni riusanti di scegliere il grado/livello di adozione alla soluzione stessa;
- con la DGR 18 ottobre 2013, n. 1970 *“Approvazione schema di convenzione tra Regione Emilia-Romagna, Regione Puglia, Regione Umbria e Provincia Autonoma di Trento per il riuso di servizi on-line per il lavoro afferenti al portale denominato “Lavoro per Te” e partecipazione alle attività di co-progettazione delle azioni di miglioramento”* è stato approvato apposito schema di convenzione;
- in data 7 novembre 2013 il Dirigente del Servizio Politiche per il Lavoro su delega della Giunta Regionale ha sottoscritto apposita convenzione tra la Regione Emilia-Romagna, la Regione Umbria, la Regione Puglia e la Provincia Autonoma di Trento per il riuso di servizi online per il lavoro afferenti al portale denominato “Lavoro per Te”;
- la Regione Puglia, con DGR del 14/3/2014 n. 432 *“ACQUISIZIONE MEDIANTE GARA UNICA, DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA TECNICA DEL SISTEMA INFORMATIVO LAVORO - PORTALE DI SERVIZI ONLINE PER IL LAVORO. ADESIONE AL BANDO E DELEGA ALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA DEI COMPITI E FUNZIONI INERENTI L’INTERA PROCEDURA DI GARA”*, ha delegato la Regione Emilia Romagna per il tramite della propria società INTERCENTER a bandire la gara unica in forma associata per l’acquisizione dei servizi di cui all’Allegato A della sopracitata DGR;
- l’ Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici Intercent-ER, nel rispetto dei principi in materia di scelta del contraente, ha proceduto, con determinazione del Direttore n. 127/2014, all’indizione di una procedura aperta a rilevanza comunitaria per l’acquisizione di servizi di analisi, sviluppo e supporto per manutenzione e aggiornamento dei Sistemi Informativi del Lavoro della Regione Emilia-Romagna e delle Amministrazioni riusanti i Sistemi: Regione Umbria, Regione Autonoma Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Regione Puglia per un importo complessivo di € 7.814.655,72 IVA esclusa, di cui € 159.672,13 oltre IVA 22% per la Regione Puglia (€ 194.800,00 Iva inclusa annui);
- con determinazione dell’Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici Intercent-ER n. 228 del 19/09/2014, ad esito della procedura di gara indetta sono stati aggiudicati i predetti servizi al Costituendo RTI tra Engineering Ingegneria Informatica Spa (mandataria) e SCS Azioninnova Spa (mandante) per un costo medio di Euro 394,45;
- a seguito della predetta aggiudicazione, è stata sottoscritta in data 10/11/2014 una convenzione, fra l’Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici Intercent-ER e il RTI tra Engineering Ingegneria In-

formatica S.p.A., con sede in Roma, via San Martino della Battaglia 56 (mandataria) e SCS Azioninnova Spa con sede in Zola Predosa (BO) via Toscana n, 19/A (mandante) della durata di 36 mesi per l'acquisizione dei suindicati servizi;

- con DD del 20/4/2015 la Regione Puglia ha aderito alla sopracitata convenzione relativa all'acquisizione di "servizi di analisi, sviluppo e supporto per la manutenzione e l'aggiornamento dei sistemi informativi del lavoro della Regione Emilia-Romagna e delle Amministrazioni contraenti facenti parte il gruppo di acquisto riusanti i sistemi: Regione Umbria, Regione Autonoma Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Regione Puglia", fra l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici Intercent-ER e il RTI tra Engineering Ingegneria Informatica S.p.A., con sede legale in Roma, Via San Martino della Battaglia 56 e SCS Azioninnova S.p.A. con sede legale in Zola Predosa (Bo), Via Toscana 19/A e che prevede la possibilità di emettere ordinativi fino ad un massimo di 36 mesi dalla data di sottoscrizione della Convenzione stessa;

Preso atto:

- del parere favorevole alla richiesta della Regione Calabria di adesione alla convenzione sopra richiamata espresso dai componenti del Comitato di progetto per il riuso del SIL e dei servizi on-line "Lavoro x Te" riunitosi il 20 aprile 2016;
- della lettera del Servizio Lavoro della Direzione Generale Cultura, Formazione e Lavoro prot. PG2016.0404360 del 31/5/2016 di trasmissione dello schema di convenzione per il riuso di servizi on-line per il lavoro afferenti al portale denominato "Lavoro per Te" alle Regioni Puglia, Umbria, Valle d'Aosta, Regione Calabria e alla Provincia Autonoma di Trento.
- che la documentazione sopra elencata è conservata agli atti della Sezione Promozione e Tutela Del Lavoro

Tenuto conto che:

- la condivisione della soluzione informatica riusata ed il conseguente allineamento delle soluzioni applicative e tecnologiche implementate saranno assicurati, laddove previsto da parte delle amministrazioni firmatarie attraverso l'affidamento ai sensi del richiamato art. 69, comma 4, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale", dalle imprese aggiudicatarie del bando europeo indetto dalla Regione Emilia-Romagna;
- il progetto di riuso del portale di servizi on line "Lavoro per Te" è coordinato dalla Regione Emilia-Romagna che mette a disposizione un articolato insieme di soluzioni informatiche per la gestione on line dei servizi per il lavoro;
- la Regione Emilia-Romagna sta sviluppando attività miranti al miglioramento della soluzione riusata, che potranno essere co-progettate e condivise con le Amministrazioni coinvolte
- Nell'ambito dell'Asse VIII del POR Puglia 2014/2020, l'Azione 8.10 "Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati" prevede interventi finalizzati a rendere i servizi per l'impiego in grado di operare secondo le finalità ad essi assegnate nell'ambito della Strategia Europea per l'Occupazione, in particolare promuovendo le condizioni tecnologiche ed organizzative per garantirne il consolidamento, dotando il sistema dell'impiego di risorse professionali adeguate, riqualificando e formando gli operatori e promuovendo l'integrazione con altri soggetti attivi a livello locale.
- l'intervento di cui all'oggetto risulta coerente con le finalità su esposte e pertanto finanziabile a valere sull'Azione 8.10 del POR Puglia 2014/2020.

Ritenuto:

- di sottoscrivere una nuova convenzione tra le Regioni Emilia- Romagna, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Regione Calabria al fine di disciplinare i rapporti giuridici ed economici tra loro intercorrenti in relazione all'utilizzo da parte delle Amministrazioni riusanti del portale di servizi on-line "Lavoro per Te", e in particolare:
 - condividere il percorso di miglioramento e di arricchimento funzionale del portale di servizi on-line "Lavo-

ro per Te” già realizzato dalla Regione Emilia-Romagna;

- disciplinare le modalità con cui ogni Regione darà il suo contributo progettuale ed economico per l'evoluzione del progetto di riutilizzo del portale di servizi on-line “Lavoro per Te”;
- instaurare un rapporto di collaborazione che consenta di ottimizzare lo sviluppo in comune del portale di servizi on-line “Lavoro per te”, dei relativi moduli software o di parte di essi e dei connessi servizi finalizzati alla gestione del Mercato del Lavoro.

Preso altresì atto:

- che come stabilito nella convenzione ciascuna Amministrazione darà, in maniera modulare ed in base alle sue esigenze, il proprio contributo progettuale ed economico rispetto alle attività riconducibili alla progettazione, sviluppo e deploy per l'evoluzione del “Progetto” essendo interessata, in particolare, alle attività di co-progettazione e che la Regione Puglia provvederà in proprio alla realizzazione di una parte delle fasi di sviluppo e *deploy* mediante la società InnovaPuglia S.p.A.

Rilevato che:

- Il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 “Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011” reca disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009
- L'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126, prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione relativamente a variazione compensativa tra le dotazioni di Missioni e dei Programmi riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate;
- La variazione proposta con il presente provvedimento, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica garantendo il pareggio di bilancio di cui al comma 710 e seguenti dell'art. unico della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016).

Vista la legge regionale del L.R. 15 febbraio 2016, n. 2 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2016 e pluriennale 2016-2018”.

Vista la D.G.R. n. 159 del 23/02/2016 di approvazione del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale 2016 — 2018.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta l'istituzione di nuovi capitoli di spesa e la variazione, in parte entrata e in parte spesa, in termini di competenza e cassa per l'esercizio finanziario 2016 e in termini di competenza per gli esercizi finanziari 2016 e 2017, al bilancio di previsione 2016 e pluriennale 2016-2018, al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale approvato con DGR n. 159 del 23/02/2016, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del Digs 118/2011 e ss.mm.ii.

Istituzione nuovi capitoli di spesa riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate:

CRA	CNI	DECLARATORIA	MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARIO
-----	-----	--------------	-----------------------------------	--

22.13	1165803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA UE	15.4.1	U.1.03.02.19
22.13	1166803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA STATO	15.4.1	U.1.03.02.19
22.13	1167803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.03.02.19

BILANCIO VINCOLATO**VARIAZIONI IN DIMINUZIONE**

1)Variazione al Bilancio di previsione come di seguito specificato:

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione, Programma Titolo	Codifica Piano dei Conti finanziario	Variazione e.f. 2016 stanziamento	Variazione e.f. 2017 stanziamento
22.13	1165000	POR PUGLIA 2014-2020. FONDO FSE. QUOTA UE. TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	15.4.1	U.1.04.01.02	-€ 194.800,00	
22.13	1166000	POR PUGLIA 2014-2020. FONDO FSE. QUOTA STATO TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	15.4.1	U.1.04.01.02	-€ 136.360,00	
26.04	1110050	Fondo di riserva per il cofinanziamento regionale di programmi comunitari (ART. 54, comma 1 LETT. A-L.R.N. 28/2001)	20.3.2	U.2.05.01.99	-€ 29,220,00	-€ 29,220,00
CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Titolo, Tipologia	Codifica Piano dei Conti finanziario	Variazione e.f. 2016 stanziamento	
22.13	2052810	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA U.E.-FONDO FSE	2.1	E.2.01.05.01.001	-€ 194.800,00	

22.13	2052820	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA STATO.-FONDO FSE	2.1	E.2.01.01.01.001	-€ 136.360,00	
-------	---------	--	-----	------------------	---------------	--

VARIAZIONI IN AUMENTO**PARTE ENTRATA**

CRA	22 DIPARTIMENTO SVILUPPO ECONOMICO, INNOVAZIONE, ISTRUZIONE, FORMAZIONE E LAVORO 13 SEZIONE PROGRAMMAZIONE UNITARIA
------------	--

Capitolo	Declaratoria	codifica piano dei conti finanziario	SIOPE	e.f. 2016	e.f. 2017	TOTALE
2052810	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA U.E.-FONDO FSE	E.2.01.05.01.001	2211	€ 97.400,00	€ 97.400,00	€ 194.800,00
2052820	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA STATO.-FONDO FSE	E.2.01.01.01.001	2215	€ 68.180,00	€ 68.180,00	€ 136.360,00

All'accertamento per il 2016 e pluriennale dell'entrata per gli e.f. successivi al 2016 si provvederà mediante specifico atto dell'Autorità di gestione del POR Puglia 2014-2020, su proposta della Sezione Promozione e Tutela del Lavoro, designata come da DGR n. 833/16, quale Responsabile dell'azione 8.10, ai sensi del principio contabile di cui all'allegato 4/2, par. 3.6, lett. c) "contributi a rendicontazione" del D. Lgs. 118/2011. **Titolo giuridico** che supporta il credito: Decisione C(2015) 5854 del 13 agosto 2015 dei competenti Servizi della Commissione Europea.

Si attesta che l'importo relativo alla copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con **debitore certo**: Unione Europea e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

PARTE SPESA

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	M.P.T	Codifica Piano dei Conti finanziario	E.F. 2016 Competenza e Cassa	E.F. 2017 Competenza e Cassa
22.13	CNI (quota UE) 1165803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA UE	15.4.1	U.1.03.02.19	€ 97.400,00	€ 97.400,00

22.13	CNI (quota STATO) 1166803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA STATO	15.4.1	U.1.03.02.19	€ 68.180,00	€ 68.180,00
22.13	CNI (quota REGIONE) 1167803	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.03.02.19	€ 29,220,00	€ 29,220,00

La spesa di cui al presente provvedimento pari complessivamente a € 389.600,00 corrisponde ad OGV che sarà perfezionata nel 2016 con esigibilità di € 194.800,00 e di € 194.800,00 nel 2017, a valere sui seguenti capitoli:

CNI 1165803 “POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati — Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA UE”

per complessivi **€ 194.800,00**, di cui:

E.F. 2016 = € 97.400,00

E.F. 2017 = € 97.400,00

CNI 1166803 “POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati — Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA STATO”

per complessivi **€ 136.360,00**, di cui:

E.F. 2016 = € 68.180,00

E.F. 2017 = 68.180,00

CNI 1167803 “POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati — Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA REGIONE”

per complessivi **€ 58.440,00**, di cui:

E.F. 2016 = € 29.220,00

E.F. 2017 = € 29.220,00

L'Assessore relatore, su proposta della Dirigente della Sezione Promozione e Tutela Del Lavoro, nonché del Dirigente Servizio Politiche Attive e Tutela della Sicurezza e Qualità delle condizioni del lavoro e dell'Autorità di Gestione del POR Puglia 20142020 per la parte contabile, sulla base delle dichiarazioni rese e in calce sottoscritte dagli stessi con le quali tra l'altro attestano che il presente provvedimento è di competenza della G.R. — ai sensi dell'art. 4, 4 comma lett. K) della L.R. 7/97 e dalla Deliberazione di G.R. n. 3261/98 — propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

LA GIUNTA

- udita la relazione;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- di prendere atto di quanto indicato in premessa, che qui si intende integralmente riportato;
- approvare lo schema di convenzione, quale allegato parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, tra la Regione Emilia- Romagna, la Regione Puglia, la Regione Umbria, la Regione Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e la Regione Calabria, al fine di disciplinare i rapporti giuridici ed economici tra loro intercorrenti in relazione all'utilizzo del portale di servizi on-line per il lavoro "Lavoro per Te", e in particolare:
 - condividere il percorso di miglioramento e di arricchimento funzionale del portale di servizi on-line Lavoro per Te già realizzato dalla Regione Emilia-Romagna;
 - disciplinare le modalità con cui ogni Regione darà il suo contributo progettuale ed economico per l'evoluzione del progetto di riuso del portale di servizi on-line "Lavoro per Te";
 - instaurare un rapporto di collaborazione che consenta di ottimizzare lo sviluppo in comune del portale di servizi on line Lavoro per te, dei relativi moduli software o di parte di essi e dei connessi servizi finalizzati alla gestione del Mercato del Lavoro;
- di autorizzare il dirigente della Sezione Promozione e Tutela del Lavoro, designata con DGR n. 833/16 quale responsabile dell'Azione 8.10 del POR Puglia 2014/2020, a sottoscrivere la relativa convenzione, apportandovi le modifiche di carattere non sostanziale che dovessero rendersi necessarie in sede di sottoscrizione;
- di autorizzare il dirigente della Sezione Promozione e Tutela del Lavoro, designata con DGR n. 833/16 quale responsabile dell'Azione 8.10 del POR Puglia 2014/2020, ad operare sui capitoli di spesa indicati nella sezione "COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS 118/2011 E SS.MM.II.", per l'importo complessivo di Euro 389.600,00;
- di approvare l'Allegato E/1, parte integrante del presente provvedimento, nella parte relativa alla variazione al bilancio;
- di incaricare il Servizio Bilancio di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n.118/2011 conseguente all'approvazione della presente deliberazione;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

Schema di convenzione tra Regione Emilia-Romagna, Regione Puglia, Regione Umbria, Regione Autonoma Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Regione Calabria per il riuso di servizi on-line per il lavoro afferenti al portale denominato "Lavoro per Te".

La Regione Emilia-Romagna – Direzione Generale Cultura Formazione e Lavoro (di seguito definita Amministrazione cedente), nella persona di....., domiciliato per la carica in

E

La Regione Puglia (di seguito definita Amministrazione riusante), nella persona di, domiciliato per la carica in

E

La Regione Umbria (di seguito definita Amministrazione riusante), nelle persona di e domiciliata per la carica in

E

La Provincia Autonoma di Trento (di seguito definita Amministrazione riusante), nelle persona di e domiciliata per la carica in

E

La Regione Autonoma Valle d'Aosta (di seguito definita Amministrazione riusante), nelle persona di e domiciliata per la carica in

E

La Regione Calabria (di seguito definita Amministrazione riusante), nelle persona di e domiciliata per la carica in

Visti:

- il D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale", ed in particolare l'art. 69 il quale dispone:

1



Al comma 1: “Le pubbliche amministrazioni che siano titolari di programmi applicativi realizzati su specifiche indicazioni del committente pubblico, hanno l’obbligo di darli in formato sorgente, completi della documentazione disponibile, in uso gratuito ad altre pubbliche amministrazioni che lo richiedono e che intendano adattarli alle proprie esigenze, salvo motivate ragioni”;

Al comma 4: “nei contratti di acquisizione di programmi informatici, sviluppati per conto e a spesa delle amministrazioni, le stesse possono includere clausole concordate con il fornitore, che tengano conto delle caratteristiche economiche ed organizzative di quest’ultimo, volto a vincolarlo, per un determinato lasso di tempo, a fornire, su richiesta di altre amministrazioni, servizi che consentano il riuso delle applicazioni”;

Considerato che ai sensi di quanto sopra citato:

- Il riuso di progetti software consente alle Amministrazioni riusanti di acquisire gratuitamente le applicazioni e le soluzioni necessarie, previo accordo con l’Amministrazione cedente;
- Le amministrazioni riusanti possono contribuire ai costi di attività miranti al miglioramento della soluzione riusata,

Tenuto conto che:

- La condivisione della soluzione informatica riusata ed il conseguente allineamento delle soluzioni applicative e tecnologiche implementate, saranno assicurati laddove previsto da parte delle amministrazioni firmatarie attraverso l’affidamento ai sensi del richiamato art. 69, comma 4, del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 “Codice dell’Amministrazione Digitale”, alle imprese aggiudicatrici del bando europeo indetto dalla Regione Emilia-Romagna, già operanti per la realizzazione della soluzione riusata;
- Il progetto di riuso del portale di servizi on line “Lavoro per Te” (Progetto) è coordinato dalla Regione Emilia-Romagna che mette a disposizione un articolato insieme di soluzioni;
- La Regione Emilia-Romagna sta sviluppando una serie di attività miranti al miglioramento della soluzione riusata che potranno essere co-progettate e condivise con le Amministrazioni riusanti facenti parte della presente convenzione;
- Il portale di servizi on line “Lavoro per Te” viene realizzato secondo logiche il più possibile modulari, al fine di consentire alle Amministrazioni riusanti di scegliere il grado/livello di adozione alla soluzione stessa;
- I nuovi servizi che si andranno a implementare avranno loro stessi un



modularità e auto consistenza ben definito;

- Le fasi necessarie alla gestione, alla modalità di conduzione in esercizio (vedi art.6), al mantenimento e diffusione delle nuove implementazioni, saranno gestite in fasi con una logica modulare, al fine di consentire alle Amministrazioni riusanti di poter decidere in completa autonomia a quali fasi prendere parte e quindi per quali fasi partecipare ai costi di realizzazione.

tutto quanto premesso, costituente parte integrante della presente Convenzione, si conviene quanto segue:

Articolo 1

(Oggetto della convenzione)

Con la presente convenzione le Amministrazioni firmatarie intendono disciplinare i rapporti giuridici ed economici tra loro intercorrenti in relazione all'utilizzo da parte delle Amministrazioni riusanti del portale di servizi on line Lavoro per Te, e più specificatamente:

1. condividere il percorso di miglioramento e di arricchimento funzionale del portale di servizi on-line Lavoro per Te già realizzato dalla Regione Emilia-Romagna;
2. disciplinare le modalità con cui ogni Regione darà il suo contributo progettuale ed economico per l'evoluzione del "Progetto";
3. instaurare un rapporto di collaborazione che consenta di ottimizzare lo sviluppo in comune del portale di servizi on line Lavoro per te, dei relativi moduli software o di parte di essi e dei connessi servizi finalizzati alla gestione del Mercato del Lavoro.

Articolo 2

(Coordinamento del "Progetto")

La Regione Emilia-Romagna assume il ruolo di Coordinatore del "Progetto" ed in tale veste assume la gestione dei rapporti con le amministrazioni riusanti. Le amministrazioni firmatarie, contribuendo al mantenimento e allo sviluppo del portale di servizi on line "Lavoro per Te", risultano contitolari di tutte le soluzioni realizzate.

Articolo 3

(Obblighi delle parti)

- L'Amministrazione cedente si obbliga a mettere a disposizione delle Amministrazioni riusanti il software applicativo, o parte di esso, relativo al sistema di servizi on line per il Mercato del Lavoro denominato "Portale Lavoro per Te" e le relative attività di analisi e progettazione dei servizi, oltre che la documentazione tecnica necessaria al riuso e messa in esercizio del software applicativo;
- Le Amministrazioni firmatarie realizzeranno il "Progetto" nel rispetto degli obiettivi, dei contenuti, dei tempi, dell'articolazione, delle modalità organizzative ed



[Handwritten signature]

esecutive di svolgimento in questo specificati;

- Le Amministrazioni firmatarie si impegnano ad uniformare il “Progetto” agli indirizzi tecnici definiti, a livello nazionale, dal Ministero e/o dalle agenzie preposte;
- Le Amministrazioni firmatarie si impegnano a contribuire ai costi di attività miranti al miglioramento della soluzione riusata secondo quanto previsto dalla presente Convenzione al successivo articolo 6 “*Modalità di conduzione in esercizio*”;

Art. 4

(Comitato di progetto e Comitato tecnico)

1. I soggetti firmatari della presente convenzione costituiscono un Comitato di progetto, composto da almeno un dirigente designato da ciascuna Amministrazione partecipante al progetto o comunque, da personale delegato con potere decisionale, con il compito principale di assicurare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, di monitorare l'avanzamento del progetto e la corretta applicazione delle disposizioni contenute nella presente convenzione, di coordinare le attività future anche ai sensi dell'art. 69, comma 4, del D. Lgs 7 marzo 2005, n. 82 “Codice dell'Amministrazione Digitale”.
2. Il Comitato di progetto si riunisce periodicamente per definire e concordare attività e ambiti di sviluppo del portale. Alle riunioni di tale Comitato potranno, in aggiunta, partecipare funzionari esperti nelle materie oggetto della presente convenzione, indicati dai soggetti firmatari.
3. Il Comitato, che costituisce organismo di co-progettazione, ha il compito di:
 - sovrintendere la realizzazione del “Progetto”;
 - cooperare con continuità per l'identificazione delle migliori modalità operative, gestionali, amministrative e istituzionali per garantire il corretto sviluppo del “Progetto”;
 - produrre un Piano Annuale delle Attività, delle priorità di realizzazione ed una stima dei costi da sostenere per la realizzazione delle attività previste nel piano annuale;
 - identificare e rendere operativi idonei strumenti di cooperazione e comunicazione sul “Progetto”;
 - identificare, analizzare e individuare azioni correttive a fronte di criticità sul “Progetto”;
 - istituire un apposito Comitato tecnico, formato da referenti tecnici delle Amministrazioni firmatarie, con il compito di seguire operativamente le fasi di realizzazione dei nuovi servizi/integrazioni che verranno implementate. Si specifica inoltre che la Composizione del Comitato, potrà subire cambiamenti in base alle necessità tecnico/conoscitive necessarie in fase di progetto.



definizione delle funzionalità da realizzare.

4. Le decisioni del Comitato, in relazione ai singoli punti posti all'ordine del giorno di ciascuna riunione, vengono adottate a maggioranza. A ciascuna delle Regioni rappresentate spetta un voto. La riunione del Comitato non è valida se non sono presenti i rappresentanti di tutte le Regioni che lo costituiscono. Di ciascuna riunione del Comitato viene redatto il relativo verbale.

Articolo 5
(Nuove adesioni)

Le richieste di nuove adesioni alla presente Convenzione saranno valutate in sede di Comitato di Progetto, in relazione agli obiettivi individuati dal "Progetto" e approvate dagli organi regionali competenti.

Articolo 6
(Modalità di conduzione in esercizio)

Per tutte le attività condivise ed adottate dal Comitato di progetto, le Amministrazioni firmatarie della presente convenzione contribuiranno ai costi, ad eccezione dei contratti di manutenzione dell'hardware e del software di base che sono a carico di ciascuna amministrazione, secondo le modalità di seguito illustrate.

Ciascuna delle attività condivise ed adottate dal Comitato di progetto sarà gestita secondo due fasi di attuazione (Analisi-progettazione e realizzazione-sviluppo) autoconsistenti rispetto alla fruizione da parte di una o più Amministrazioni firmatarie della presente Convenzione: le Amministrazioni firmatarie potranno decidere di partecipare a entrambe le fasi o solo alla fase di analisi-progettazione. Ovviamente le Amministrazioni che aderiranno anche alla fase di realizzazione-sviluppo contribuiranno anche alle successive fasi di manutenzione delle applicazioni realizzate.

Le attività condivise potranno avere come oggetto:

- Progettazione e/o implementazione di nuovi servizi e nuove funzionalità o parti di essi;
- Manutenzione correttiva, adattativa e/o evolutiva (introduzione di miglioramenti applicativi non complessi su funzionalità esistenti)

Le percentuali di contribuzione (*percentuale standard*) per entrambe le fasi di attuazione delle attività (Analisi-progettazione e realizzazione-sviluppo) adottate dal Comitato di progetto sono le seguenti:

- 30% a carico della Regione Emilia-Romagna
- 26% a carico della Regione Puglia
- 11% a carico della Regione Umbria



- 9,5% a carico della Provincia Autonoma di Trento
- 7,5% a carico della Regione Autonoma Valle d'Aosta
- 16% a carico della Regione Calabria

Le percentuali di ripartizione sono state calcolate prendendo in considerazione i seguenti criteri:

- Popolazione residente sul territorio di ciascuna amministrazione
- Numero di imprese presenti sul territorio di ciascuna amministrazione
- Numero amministrazioni riusanti

Per una corretta attribuzione dei costi relativi all'attività, si definiscono le percentuali di ripartizione che dovranno essere applicate nel caso in cui non tutte le Amministrazioni partecipanti alla Convenzione in oggetto siano interessate alle realizzazioni.

Per gestire tali eventualità si stabilisce che la percentuale di attribuzione dei costi viene calcolata per ciascun Amministrazione in base alla seguente formula:

Percentuale a carico Amministrazione partecipante X	=	$(\text{percentuale standard Amministrazione X}) * 100$
		(Somma delle percentuali delle Amministrazioni partecipanti)

Qualora una amministrazione, successivamente alla sottoscrizione della presente convenzione, sia interessata ad adottare una soluzione realizzata e finanziata dalle altre amministrazioni nell'ambito della presente Convenzione dovrà farsi carico pro quota dei costi sostenuti per la realizzazione.

Attività il cui costo viene sostenuto integralmente dalla/e Amministrazione richiedente/i.

Tali attività potranno avere come oggetto:

- Interventi di interesse esclusivo dell'amministrazione richiedente
- Adeguamenti alla normativa regionale/provinciale
- Acquisizione di hardware e software
- Attività di installazione e aggiornamento software applicativo
- Attività di gestione sistemistica



- Help desk di I livello e di II livello
- Attività di divulgazione, diffusione, formazione

Le modalità di ripartizione dei costi di cui ai punti precedenti potranno essere riviste alla luce della eventuale adesione di altre Regioni al Portale “Lavoro per Te”.

Articolo 7

(Decorrenza e durata)

La presente convenzione decorre a far data dalla sua sottoscrizione ed ha durata pari a quella delle attività necessarie alla realizzazione degli obiettivi del “Progetto” e comunque non superiore a 36 mesi dalla data della sua sottoscrizione; a tal fine fa fede la data di protocollazione/repertoriatura e spedizione via PEC, da parte della Regione Emilia-Romagna, del testo sottoscritto digitalmente da tutte le parti.

Articolo 8

(Modalità di indizione nuova gara)

La Regione Emilia-Romagna, in qualità di ente capofila, in accordo con le altre amministrazioni e in qualità di stazione appaltante unica, indirà, alla scadenza delle ripetizioni contrattuali in vigore e relative alla fornitura di Servizi di analisi, e assistenza tecnica, sviluppo e supporto per la manutenzione e aggiornamento del Portale Lavoro per Te una nuova gara per la fornitura dei servizi operanti per la realizzazione della soluzione riusata, alla quale dovranno aderire tutte le amministrazioni firmatarie della presente Convenzione.

Articolo 9

(Risoluzione del rapporto convenzionale)

Nel caso in cui una o più parti non rispettino le condizioni e le modalità di attuazione del “Progetto”, nonché in caso di inadempimento degli obblighi assunti con la presente Convenzione, ciascuna delle parti si riserva la facoltà di risolvere, previa diffida ad adempiere, la stessa con la parte o le parti inadempienti, a norma degli articoli 1453 e seguenti del codice civile, restando la Convenzione stessa efficace nei confronti delle altre parti.

La Regione Coordinatore del “Progetto” si riserva, altresì, la facoltà di ripetere le somme versate in esecuzione del rapporto convenzionale.

Articolo 10

(Trattamento dei dati personali)

Con la sottoscrizione della convenzione, le parti dichiarano di essersi reciprocamente comunicate oralmente tutte le informazioni previste dall’art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, ivi comprese quelle relative ai nominativi del titolare



responsabile del trattamento, ai diritti di cui all'art. 7 del decreto medesimo ed alle modalità di esercizio di detti diritti.

Articolo 11

(Arbitrato)

Le eventuali controversie tra la Regione Emilia-Romagna e l'Amministrazione/le Amministrazioni/i riusante/i in merito alla attuazione della presente Convenzione, saranno deferite al giudizio inappellabile di un arbitro nominato d'accordo tra le parti in causa o, in difetto, dal Presidente del Tribunale Civile di Bologna.

Articolo 12

(Registrazione)

La registrazione della presente convenzione sarà effettuata solo in caso d'uso.

Ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 26.04.1986 n. 131 ciascuna delle parti può richiedere la registrazione della presente convenzione, con spese a carico della parte richiedente.

La presente convenzione è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art.16 della tabella B allegata al Decreto del Presidente della Repubblica n. 642 del 26 ottobre 1972.

Letto confermato e sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 15 comma 2 bis (così come modificato dall'art. 6 comma 2 legge 221/2012) della L. 241/90 e ss.mm da:

Per la Regione Puglia	_____
Per la Regione Umbria	_____
Per la Provincia Autonoma di Trento	_____
Per la Regione Autonoma Valle d'Aosta	_____
Per la Regione Calabria	_____



(Handwritten mark)

Per la Regione Emilia-Romagna	<hr/>
-------------------------------	-------

ALLEGATO COMPOSTO
DI N. 9150/16 FACCIATE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
SEZIONE PROMOZIONE E TUTELA DEL LAVORO
Dott.ssa Luisa Anna FIORE



Allegato E/I

Allegato n. 8/I
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del LAV/DEL/2016/000__

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2016	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2016
			in aumento	in diminuzione	
MISSIONE	15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE			
Programma	4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale			
Titolo	1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		331.160,00 331.160,00
Totale Programma	4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	
TOTALE MISSIONE	15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO xxxx	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO xxxx
			in aumento	in diminuzione	
TITOLO	II	TRASFERIMENTI CORRENTI			
Tipologia	1		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		0,00 0,00 0,00
					-331.160,00 -331.160,00
TOTALE TITOLO	II	TRASFERIMENTI CORRENTI	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00 165.580,00	0,00 0,00 0,00

FIMBRO E FIRMA DELL'ENTE
 Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa



Allegato E/I

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del LAV/DEL/2016/000__

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2017	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2017
			in aumento	in diminuzione	
MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE				
Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale				
Titolo 1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00		
Totale Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00		
TOTALE MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	165.580,00		

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO xxxx	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO xxxx
			in aumento	in diminuzione	
TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI				
Tipologia 1		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	165.580,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	165.580,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	165.580,00	0,00 0,00 0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	165.580,00	0,00 0,00 0,00

TIMBRO - FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

ALLEGATO COMPOSTO
DI N. 21009 FACCIATEIL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
SEZIONE PROMOZIONE E TUTELA DEL LAVORO
Dott.ssa Luisa Anna FIORE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1471

Art. 3-bis, commi 5 e 6, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. – Avvio del procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell’incarico per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali BA, BR, BT e TA.

Il Presidente, 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 del Servizio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed Accreditemento, riferisce quanto segue.

L’art. 3-bis, commi 5 e 6, del D. Lgs. n. 502/92 s.m.i., come modificato dall’art. 4, comma 1 — let. b), del D.L. n. 158/2012 convertito in L. 189/2012, stabilisce quanto segue :

“5. () Le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all’efficienza, all’efficacia, alla sicurezza, all’ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All’atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. 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, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all’articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell’operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7”.

I criteri e le modalità procedurali fino ad oggi utilizzate con riferimento al predetto procedimento di verifica sono quelli stabiliti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 26/09/2003, come successivamente modificata dalle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 623 del 27/4/2004 e n. 510 del 24/4/2007, nonché con successive Deliberazioni di avvio dei successivi procedimenti di verifica (DD.GG.RR. nn. 389/2009, 369/2010, 1174/2010, 2162/2010, 2566/2010, 1036/2013 ed 803/2014).

Le procedure relative alla verifica dei primi diciotto mesi dell’incarico sono inoltre riportate nei contratti di diritto privato stipulati tra la Regione ed i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in carica secondo lo schema approvato con la D.G.R. n. 2595 dell’11/12/2014.

In particolare, l’art. 5 dello schema di contratto vigente per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie stabilisce che:

- 1) Il Direttore generale è sottoposto alla valutazione di metà mandato di cui all’art. 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., finalizzata alla conferma o meno dell’incarico dello stesso fino alla sua naturale scadenza.
- 2) La valutazione di metà mandato — nelle more della definizione in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di criteri e sistemi condivisi di valutazione dell’attività dei Direttori generali sulla base degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui all’art. 3-bis, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. — viene effettuata da una Commissione di esperti appositamente nominata dalla Giunta Regionale, sulla base dei dati forniti dagli Uffici e Servizi dell’Assessorato e dall’ARES per quanto di rispettiva competenza.
- 3) Le modalità di svolgimento della verifica di metà mandato sono quelle previste dagli atti deliberativi di Giunta Regionale in vigore, salvo successive modifiche degli stessi.

Sulla base delle predette Deliberazioni della Giunta Regionale, nonché dei suddetti contratti di diritto pri-

vato, si rileva che ad oggi, i criteri e le modalità di valutazione di metà mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR sono i seguenti:

- 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.
- Ai componenti della Commissione di esperti non spetta alcun compenso, intendendosi l'incarico a titolo completamente gratuito. E' fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta dettagliata rendicontazione.
- La valutazione deve riguardare gli obiettivi di mandato attribuiti al Direttore generale (elencati nella 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 Servizi e Sezioni del Dipartimento Promozione Della Salute, Del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, 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 ovvero, per le Aziende Sanitarie, le rispettive Conferenze dei Sindaci.
- L'esito della valutazione, per ciascun obiettivo di mandato, prevede esclusivamente due opzioni: 1) Obiettivo raggiunto; 2) Obiettivo non raggiunto.
- La valutazione complessiva s'intende negativa nel caso in cui gli obiettivi di mandato non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.

La valutazione può inoltre tenere conto — limitatamente all'arco temporale di riferimento della verifica — delle relazioni di accompagnamento ai rendiconti trimestrali ed al Bilancio Consuntivo azienda le redatte dai Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie interessate, messe a disposizione dalla competente Sezione 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 dalla competente Sezione Controlli.

La recente Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia), recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 11, lett. p) ha delegato il Governo ad emanare tra l'altro, entro 12 mesi dalla pubblicazione della stessa (G.U.R.I. n. 187 del 13/8/2015), un decreto attuativo in materia di nomina e valutazione della dirigenza sanitaria, che dovrebbe esplicitare i criteri e le procedure per la valutazione e verifica dell'attività dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie.

Tale decreto attuativo, tuttavia, risulta ad oggi non ancora emanato.

Inoltre, con il D.P.G.R. n. 495 del 9/9/2015, pubblicato sul B.U.R.P. n. 124 del 17/9/2015, è stato costituito quale organo consultivo, valutativo ed arbitrato sulle politiche regionali in materia sanitaria, socio-sanitaria ed ambientale il Comitato regionale per la Tutela della Salute (C.R.T.S.), che non risulta tuttavia ancora insediato. Tra le funzioni del predetto Comitato figura la definizione degli obiettivi strategici dei Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Sistema Sanitario Regionale ed il monitoraggio delle relative azioni strategiche, presidiando le attività di verifica qualitative e quantitativo-economiche dei 18 mesi e di fine mandato.

Pertanto, nelle more della definizione di criteri omogenei di valutazione da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, dell'emanazione del decreto attuativo di cui all'art. 11, lett. p) della L. 124/2015 e dell'assunzione di determinazioni al riguardo da parte del Comitato regionale per la Tutela della Salute (C.R.T.S.), con il presente schema di provvedimento si provvede ad avviare - secondo i criteri e le modalità innanzi citate - il procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell'incarico per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali di BA, BR, BT e TA, di seguito indicati :

- 1) ASL BA_dott. Vito Montanaro, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 159 del 10/2/2015 per un perio-

do di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;

- 2) ASL BR_dott. Giuseppe Pasqualone, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 160 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;
- 3) ASL BT_dott. Ottavio Narracci, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 161 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;
- 4) ASL TA_dott. Stefano Rossi, nominato Direttore Generale ASL TA con D.G.R. n. 163 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015.

A tal fine, si rende quindi necessario:

- Richiedere alle Conferenze dei Sindaci dell'ASL di riferimento l'espressione, in relazione alla verifica in oggetto, del parere previsto dall'art. 3-bis, co. 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.;
- Disporre la costituzione di una Commissione, composta da tre esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, designandone i componenti con il presente schema di provvedimento e rinviando a successiva Deliberazione di Giunta Regionale la nomina della stessa Commissione, ad avvenuta verifica a norma della D.G.R. n. 2770/2010 dell'insussistenza di cause di incompatibilità di diritto e di fatto e dell'assenza di cause penali ostative alla nomina di cui alla L. 55/1990, nonché ad avvenuta acquisizione— in ossequio alle previsioni dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 s.m.i. del *curriculum vitae* di ciascuno dei componenti designati, ai fini dell'attestazione della relativa professionalità specifica, e dell'acquisizione delle eventuali necessarie autorizzazioni da parte delle Amministrazioni di appartenenza.
- Precisare altresì che ai componenti della Commissione di esperti non spetta alcun compenso, fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta dettagliata rendicontazione.

Si fa presente, infine, che non ricorrono viceversa le condizioni per la verifica di metà mandato dei Direttori generali in carica delle AA.SS.LL. FG e LE in quanto:

- Il dott. Vito Piazzolla è stato nominato Direttore Generale dell'ASL FG con D.G.R. n. 2088 del 30/11/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento;
- La dott.ssa Silvana Melli è stata nominata Direttore Generale dell'ASL LE con D.G.R. n. 162 del 29/2/2016 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento.

COPERTURA FINANZIARIA L.R. n. 28/01 e s.m. i.

La presente deliberazione comporta una spesa presuntiva a carico del Bilancio regionale per l'esercizio finanziario 2016 per un importo massimo di € 1.000,00=, da finanziare con le disponibilità del capitolo 712061 — C.R.A. 25.06. Con successivo atto dirigenziale si provvederà ad impegnare la predetta somma entro il corrente esercizio finanziario.

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.

Il Presidente, 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 del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dal Responsabile A.P., dal Dirigente del Servizio Rapporti Istituzionali e dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospeda-

liera 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 avviare — ai sensi dell'art. 3-bis, co. 5 e 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. — il procedimento di verifica di metà mandato dei Direttori Generali di seguito elencati:
 - Direttore Generale dell'ASL BA dott. Vito Montanaro, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. n. 159 del 10/2/2015 e per il quale, data la scadenza dei diciotto mesi dalla nomina e relativo insediamento in data 2/3/2015, ricorrono le condizioni previste dalla citata normativa;
 - Direttore Generale dell'ASL BR dott. Giuseppe Pasqualone, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 160 del 10/2/2015 e per il quale, data la scadenza dei diciotto mesi dalla nomina e relativo insediamento in data 2/3/2015, ricorrono le condizioni previste dalla citata normativa;
 - Direttore Generale dell'ASL BT dott. Ottavio Narracci, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 161 del 10/2/2015 e per il quale, data la scadenza dei diciotto mesi dalla nomina e relativo insediamento in data 2/3/2015, ricorrono le condizioni previste dalla citata normativa;
 - Direttore Generale dell'ASL TA dott. Stefano Rossi, nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 163 del 10/2/2015 e per il quale, data la scadenza dei diciotto mesi dalla nomina e relativo insediamento in data 2/3/2015, ricorrono le condizioni previste dalla citata normativa.
- Di stabilire che, ai fini della predetta valutazione di metà mandato, per le ragioni illustrate in premessa la Regione Puglia procederà con gli strumenti finora utilizzati, disciplinati dagli specifici provvedimenti di Giunta Regionale richiamati in premessa al presente provvedimento nonché dai contratti sottoscritti dai singoli Direttori generali secondo lo schema approvato con la D.G.R. n. 2595/2014, con 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.
 - Ai componenti della Commissione di esperti non spetta alcun compenso, intendendosi l'incarico a titolo completamente gratuito. E' fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta dettagliata rendicontazione.
 - La valutazione deve riguardare gli obiettivi di mandato attribuiti al Direttore generale (elencati nella rispettiva 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 Servizi e Sezioni del Dipartimento Promozione Della Salute, Del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, 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 ovvero, per le Aziende Sanitarie, le rispettive Conferenze dei Sindaci.
 - L'esito della valutazione, per ciascun obiettivo di mandato, prevede esclusivamente due opzioni: 1) Obiettivo raggiunto; 2) Obiettivo non raggiunto.
 - La valutazione complessiva s'intende negativa nel caso in cui gli obiettivi di mandato non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.
 - La valutazione può 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 dalla competente Sezione Ge-

stione 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 dalla competente Sezione Controlli.

- Di richiedere alla Conferenza dei Sindaci dell'ASL di riferimento l'espressione, in relazione alla verifica in oggetto, del parere previsto dall'art. 3-bis, co. 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.
- Di disporre per l'espletamento del procedimento in oggetto la costituzione di una Commissione, composta da tre esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, designandone i componenti come di seguito:
 1. Dott.a LUCIA BISCEGLIA ; Ente di appartenenza ARES ;ruolo ricoperto DIRIGENTE;
 2. Dott. MARIO LERARIO ; Ente di appartenenza REGIONE PUGLIA; Ruolo ricoperto DIRIGENTE;
 3. Dott. GIANCARLO RUSCITTI; Ente di appartenenza ARES; Ruolo ricoperto COMMISSARIO STRAODINARIO
- Di rinviare a successivo atto della Giunta Regionale la nomina della predetta Commissione, ad avvenuta verifica a norma della D.G.R. n. 2770/2010 dell'insussistenza di cause di incompatibilità di diritto e di fatto e dell'assenza di cause penali ostative alla nomina di cui alla L. 55/1990, nonché ad avvenuta acquisizione—in ossequio alle previsioni dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 s.m.i. —del *curriculum vitae* di ciascuno dei componenti designati, ai fini dell'attestazione della relativa professionalità specifica, e dell'acquisizione delle eventuali necessarie autorizzazioni da parte delle Amministrazioni di appartenenza.
- Di stabilire altresì che ai componenti della Commissione di esperti non spetti alcun compenso, fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta dettagliata rendicontazione.
- Di dare mandato al Servizio Rapporti Istituzionali del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica per ogni adempimento conseguente all'adozione del presente provvedimento, ivi comprese le verifiche preliminari alla nomina dei componenti della Commissione di esperti a norma della D.G.R. n. 2770/2010 e del D.Lgs. 165/2001 s.m.i.
- 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.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1506

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità, di cui all'articolo 5 e all'allegato 5 del decreto 14 maggio 1996. Presa d'atto.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio "Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e Sicurezza del Lavoro" e confermata dalla Dirigente della Sezione *Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (P.A.T.P.)*, e dalla Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere (P.S.B.), riferisce quanto segue:

Nella seduta del 7 maggio 2015, Rep. Atti n.80/CSR, la Conferenza Stato — Regioni ha sancito l'Accordo concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità, di cui all'articolo 5 e all'allegato 5 del decreto 14 maggio 1996.

Le disposizioni ministeriali intervenute successivamente alla L.27 marzo 1992 n.257, relativa alla cessazione dell'impiego dell'amianto, hanno inteso definire Normative e Metodologie tecniche per la valutazione del rischio, il controllo, la manutenzione e la bonifica di materiali contenenti amianto presenti nelle strutture edilizie, e presenti, altresì, nei mezzi rotabili.

Con il Decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, 14 maggio 1996 sono state stabilite "Normative e metodologie tecniche per gli interventi di bonifica, ivi compresi quelli per rendere innocuo l'amianto, previsti dall'art5, comma 1, lettera f) della L.n.257/92 su richiamata ed in particolare, dall'art 5, comma 1 e dall'allegato 5, punto 5.

Considerata:

- la Convenzione definita nell'accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e l'ex ISPEL, in data 11 dicembre 2006, per la realizzazione del progetto recante "Piano nazionale di prevenzione dei tumori da lavoro: sostegno tecnico organizzativo per il controllo e la riduzione del rischio da esposizione all'amianto durante le attività lavorative in presenza di materiali contenenti amianto ed in particolare durante le opere di bonifica", nonché le risultanze di tale progetto;
- la Delibera del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL con la quale sono stati stanziati fondi che prevedono, tra l'altro, il finanziamento per il completamento dei programmi di qualificazione per i laboratori che hanno partecipato al primo circuito di intercalibrazione secondo le fasi operative del CCM del 2006.

Considerato, altresì, che

- in conseguenza della possibile evoluzione tecnico — scientifica in ambito analitico, i protocolli utilizzati potranno essere aggiornati per garantire la qualità dei risultati;
- il soddisfacimento positivo del test, è condizione normativa essenziale per l'effettuazione di analisi sull'amianto.

Alla luce delle disposizioni vigenti e degli accordi inter istituzionali, come sopra sinteticamente riportato, l'Accordo che qui interessa ha adottato i programmi di controllo di qualità, di cui all'allegato A), parte integrante del medesimo Accordo, sulla base dei protocolli tecnici redatti dai Laboratori centrali dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'INAIL e del Consiglio Nazionale delle Ricerche, realizzati ed aggiornati nel Progetto CCM in data 11 dicembre 2006 e successivamente confermati con delibera del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza INAIL n.13 del 27/07/2011.

Inoltre, si fa presente che, al fine di dare attuazione al Progetto esecutivo che prevede la qualificazione dei laboratori che effettuano le analisi di amianto come previsto dal citato D.M. 14/05/1996, la scrivente Sezione, con D.D.n.39 del 24/02/2014, ha individuato quale soggetto referente per la Regione Puglia la ASL di Foggia, e, in qualità di Responsabile del Progetto il Dott. A. Nigri Direttore Spesal Area Nord della medesima ASL nonché ha costituito uno specifico Gruppo di lavoro per la verifica dei requisiti.

Per quanto sopra, si ritiene di rappresentare alla Giunta Regionale la necessità del recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 2015 concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità di cui all'articolo 5 e all'allegato 5 del Decreto 14 maggio 1996, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e composto da n°58 facciate dattiloscritte.

Si ritiene opportuno, inoltre, dare all'Accordo che qui interessa, ampia diffusione a cura della Sezione PATP, per la sua valenza strategica ai fini della promozione della cultura della salute dei cittadini e della sicurezza sui luoghi di lavoro.

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla 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 Presidente relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come sopra esposte, propone alla Giunta Regionale l'adozione del conseguente Atto finale di specifica competenza della Giunta Regionale così come definito dall'art.4, comma 4) lett. K) della L.R.n.7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare la relazione in narrativa che qui si intende integralmente riportata;
2. di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 7 maggio 2015 concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità di cui all'articolo 5 e all'allegato 5 del Decreto 14 maggio 1996, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e composto da n°58 facciate dattiloscritte;
3. di autorizzare il Dirigente della Sezione PATP agli atti consequenziali scaturenti dal presente provvedimento;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della normativa vigente e sul sito istituzionale della Regione Puglia;
5. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione PATP, ai:
 - Direttori Generali, Direttori Dipartimento di Prevenzione, Direttori Spesal delle AA.SS.LL.;
 - Direttore Generale ARPA Puglia;
 - Direzione Regionale INAIL Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

IL PRESENTE ALLEGATO SI COMPONE DI N. 58 PAGINE
DATTILOSCRITE.

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE
PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE
DOTT.SSA FRANCESCA ZAMPANO

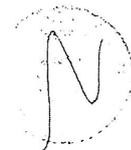
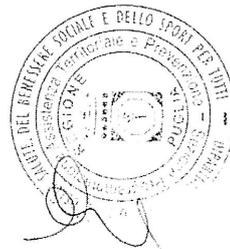
Allegato A

CONTROLLO DI QUALITA' DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO LA
DETERMINAZIONE QUANTITATIVA DELLE FIBRE DI AMIANTO
AERODISPERSE IN MOCF
(Microscopia ottica a contrasto di fase)

Rev. 0.0

del 13-01-15

1 - SCOPO	2
2 - CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3 - RESPONSABILITA'	2
4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI PER LA MOCF	2
4a - OBIETTIVI	2
4b - ORGANIZZAZIONE	2
4c - DESTINATARI	3
4d - OGGETTO DELLA PROVA	3
4e - METODICHE DI RIFERIMENTO	3
4f - PROGRAMMA	4
4g - CALENDARIO ATTIVITA'	4
5 - ANALISI DEI RISULTATI	5
5a - CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE	5
5b - VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE	5
6 - RAPPORTO CONCLUSIVO	6
7 - RISERVATEZZA DEI DATI	6
ALLEGATO 1 - LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO/CONSEGNA CAMPIONI	7
ALLEGATO 2 - CRITERI PER LA SCELTA DEI CAMPIONI DI RIFERIMENTO	10
ALLEGATO 3 - SCHEDA DEI RISULTATI	11
ALLEGATO 4 - TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO	12



A

1 - SCOPO

Il Protocollo per il Controllo di Qualità dei Laboratori (*PCQL*) è il documento che descrive le procedure di attuazione del circuito di interconfronto per i laboratori che effettuano la determinazione quantitativa delle fibre di amianto aerodisperse mediante Microscopia Ottica in contrasto di fase (*MOCF*).

Nel PCQL sono inserite le informazioni sull'organizzazione, sull'effettuazione delle varie fasi del circuito interlaboratoriale ed il regolamento operativo.

2 - CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'organizzazione dei controlli di qualità interlaboratorio per l'accREDITAMENTO dei laboratori pubblici e privati che effettuano analisi sull'amianto utilizzando la metodica MOCF.

Il Circuito d'Interconfronto (*CI*) permette di valutare la capacità del laboratorio di effettuare la determinazione quantitativa delle fibre respirabili, tramite l'uso della microscopia ottica, secondo il metodo raccomandato dalla vigente normativa (OMS 1997).

3 - RESPONSABILITA'

L'attuazione del PCQL è affidata al Centro Regionale Amianto (CRA).

E' costituito il Gruppo Tecnico di Riferimento (*GTR*) formato dagli Istituti Centrali (INAIL-Settore Ricerca, ISS, CNR) e dai CRA partecipanti al CI.

Il GTR ha il compito di esaminare tutte le problematiche tecnico - analitiche relative alle metodica MOCF, di individuare i campioni idonei al circuito e di garantire l'omogeneità del circuito a livello nazionale.

4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI PER LA MICROSCOPIA OTTICA

4a - OBIETTIVI

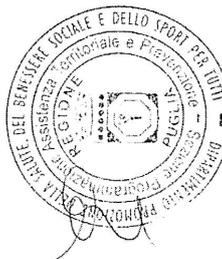
Il CI permette di valutare la capacità dei laboratori partecipanti di effettuare la determinazione quantitativa delle fibre respirabili, tramite l'uso della MOCF, su campioni di materiale aerodisperso.

4b - ORGANIZZAZIONE

La gestione del circuito è affidata ai CRA.

I CRA devono provvedere:

2



Handwritten signature.

- alla spedizione/consegna dei campioni concordati dal GTR;
- alla spedizione/consegna della "lettera di accompagnamento" (Allegato 1);
- alla spedizione/consegna della "scheda dei risultati" (Allegato 3);
- compilazione della "tabella raccolta dati" (Allegato 4);
- al controllo del rispetto delle modalità descritte nei paragrafi 4d e 4g.

4c – DESTINATARI

Al CI MOCF-aerodispersi partecipano i laboratori che hanno autocertificato al Ministero della Salute il possesso dei requisiti minimi previsti dal Decreto del 14 maggio 1996, allegato 5, e che, in occasione della visita effettuata dal Centro di riferimento regionale, sono risultati effettivamente in possesso di tali requisiti.

L'elenco dei laboratori che partecipano al CI identificati da apposito codice, è elaborato dal CRA.

4d – OGGETTO DELLA PROVA

La tipologia dei campioni da sottoporre alle analisi è individuata dal GTR.

I campioni provengono da campionamenti effettuati in occasione di attività di bonifica di materiali contenenti amianto e/o preparati artificialmente per via umida utilizzando membrane cellulosiche ed il metodo vapori di acetone-triacetina.

Il protocollo operativo del programma prevede il conteggio delle fibre respirabili su 4 campioni (vetrini) da parte di ogni laboratorio partecipante.

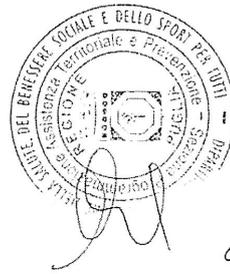
La classificazione dei campioni idonei al circuito deve essere effettuata dal CRA previa analisi degli stessi da parte del CRA e degli Istituti Centrali (INAIL Settore Ricerca, ISS, CNR).

I dettagli sui criteri di valutazione della qualità dei campioni e sulla derivazione di conteggi di riferimento validi sono riportati nell'Allegato 2.

4e – METODICHE DI RIFERIMENTO

Si riportano alcune metodiche di riferimento:

- Decreto Ministeriale 6/9/94 (allegato 2).
- Metodo OMS 1997.



3

4f – PROGRAMMA

In prima istanza è prevista l'organizzazione di un unico round. Per i laboratori che abbiano riportato il risultato "insufficiente", sarà organizzato un ulteriore round suppletivo come descritto nel punto 5.

4g – CALENDARIO ATTIVITA'

I CRA invieranno/consegneranno a ciascuno dei laboratori iscritti, quattro (n.4) campioni per l'analisi MOCF.

La spedizione dei campioni verrà notificata ai laboratori via e-mail.

Entro il tempo massimo di due giorni (2) dalla ricezione dei campioni, i laboratori partecipanti dovranno comunicare al CRA territorialmente competente via e-mail, l'avvenuta ricezione e la data della stessa.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al CRA territorialmente competente entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva riportata all'Allegato 3. L'invio dovrà essere effettuato tramite posta certificata (PEC).

Entro 1 giorno dalla comunicazione dei risultati i campioni dovranno essere restituiti al centro coordinatore via corriere.

I ritardi nella restituzione del set dei campioni saranno causa di esclusione del Laboratorio dal circuito.

Se il laboratorio si trova nell'impossibilità di analizzare i campioni entro il periodo di tempo stabilito deve immediatamente restituirli al CRA con la notifica della sua decisione mediante PEC. Il laboratorio riceverà successivamente un nuovo set di campioni.

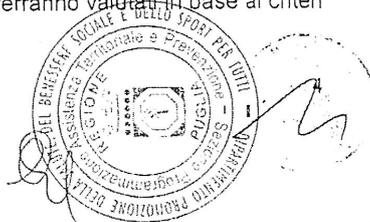
Se un laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al CRA.

Se un laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al CRA prima della scadenza dei cinque (5) giorni.

Ogni laboratorio fornirà un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di letture effettuate. I risultati ottenuti da ciascun laboratorio verranno valutati in base ai criteri di seguito esposti.

4



5 – ANALISI DEI RISULTATI

I risultati inviati dai partecipanti saranno esaminati dal CRA. Laddove il CRA non fosse competente nella metodica MOCF e pertanto non in grado di valutare i risultati dei laboratori, il GTR svolgerà tale attività.

5a – CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE

Sia R il valore di riferimento della concentrazione delle fibre del campione analizzato e V il valore fornito dal laboratorio partecipante. Si definiscono i seguenti intervalli rispetto ai quali i valori V saranno collocati (schema RICE (Regular Inter-laboratory Counting Exchange) di Health and Safety Laboratory, Marzo 2012):

intervallo 1. $V < (\sqrt{R} - 2.34)^2$

intervallo 2. $(\sqrt{R} - 2.34)^2 < V < (\sqrt{R} - 1.57)^2$

intervallo 3. $(\sqrt{R} - 1.57)^2 < V < (\sqrt{R} + 1.96)^2$

intervallo 4. $(\sqrt{R} + 1.96)^2 < V < (\sqrt{R} + 3.30)^2$

intervallo 5. $V > (\sqrt{R} + 3.30)^2$

Se 3 letture su 4 dei risultati forniti dal laboratorio partecipante cadono:

- nell'intervallo 3, il risultato delle misure il risultato è classificato **buono**;
- nell'intervallo unificato tra 2, 3 e 4 cioè $(\sqrt{R} - 2,34)^2 < V < (\sqrt{R} + 3,30)^2$, di cui almeno 1 lettura cada nell'intervallo 3, il risultato è classificato **sufficiente**.
- nell'intervallo unificato tra 2, 3 e 4 cioè $(\sqrt{R} - 2,34)^2 < V < (\sqrt{R} + 3,30)^2$, di cui nessuna lettura cade nell'intervallo 3, il risultato è classificato **insufficiente**
- altrimenti è classificato il risultato è classificato **insoddisfacente**.

5b – VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE.

CATEGORIA 1

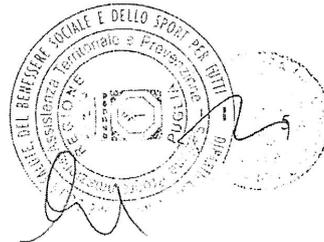
SODDISFACENTE se contemporaneamente:

- **Rispetta** i tempi previsti;
- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "buoni" o "sufficienti"

CATEGORIA 2

INSUFFICIENTE se contemporaneamente:

- **Rispetta** i tempi previsti;



5

- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "insufficienti"

CATEGORIA 3

INSODDISFACENTE se:

- non rispetta i tempi previsti, o smarrisca e/o danneggia uno dei vetrini appartenenti al lotto;

oppure:

- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "insoddisfacenti"

Per i laboratori valutati "insufficienti" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni preparati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi i criteri della categoria 1, il laboratorio verrà classificato SODDISFACENTE.

6 - RAPPORTO CONCLUSIVO

Il rapporto conclusivo con l'elenco nominativo dei laboratori e la rispettiva valutazione finale è elaborato e redatto dal CRA.

La gestione, l'archiviazione e la conservazione di tutta la documentazione attinente al presente protocollo è a cura del CRA.

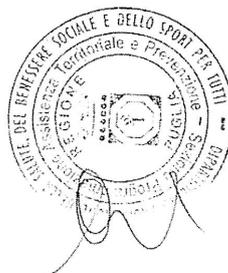
7 - RISERVATEZZA DEI DATI

L'esame dei risultati prodotti dai laboratori che partecipano al CI sarà effettuato dal CRA garantendo la riservatezza dei dati secondo la normativa vigente.

I dati saranno contrassegnati da un codice identificativo assegnato dal CRA.

Il CRA comunicherà i risultati a ciascun laboratorio.

L'elenco nominativo dei laboratori che hanno superato il circuito sarà comunicato dal CRA al Ministero della Salute, il quale si farà carico di pubblicarlo sul sito dello stesso Ministero.



6

Allegato 1 - LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO/CONSEGNA CAMPIONI

SPETT.LE LABORATORIO

Si inviano/consegnano n. 4 campioni montati su vetrino da microscopia da sottoporre ad analisi con la MOCF

Entro il tempo massimo di due giorni dalla ricezione dei campioni dovrà essere comunicata via e-mail l'avvenuta ricezione dei campioni, nonché la data della stessa, al Centro di Riferimento Regionale.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva allegata, mediante posta certificata (PEC) nella quale dovranno essere indicate le condizioni operative utilizzate ed il risultato dell'analisi quantitativa eseguita su ciascun campione.

Entro 1 giorno dalla comunicazione dei risultati i campioni dovranno essere restituiti al centro coordinatore via corriere.

I ritardi nella restituzione del set dei campioni, il danneggiamento e/o perdita anche di un solo campione saranno causa di esclusione del Laboratorio dal circuito.

I criteri di conteggio da utilizzare sono quelli indicati dal metodo analitico (MOCF) raccomandato dalla OMS (1997).

Nel caso di letture di più microscopisti il laboratorio dovrà fornire un'unica risposta relativa al valore della concentrazione delle fibre di amianto respirabili presenti sul campione (espressa come fibre/mm² del filtro)

Eventuali problemi tecnici od organizzativi che determinino ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento prima della scadenza dei cinque giorni.

Se un Laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al Centro di riferimento.



Se un Laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà *escluso* dal circuito stesso.

CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE

Sia R il valore di riferimento della concentrazione delle fibre del campione analizzato e V il valore fornito dal laboratorio partecipante. Si definiscono i seguenti intervalli rispetto ai quali i valori V saranno collocati (schema RICE (Regular Inter-laboratory Counting Exchange) di Health and Safety Laboratory, Marzo 2012):

intervallo 1. $V < (\sqrt{R} - 2.34)^2$

intervallo 2. $(\sqrt{R} - 2.34)^2 < V < (\sqrt{R} - 1.57)^2$

intervallo 3. $(\sqrt{R} - 1.57)^2 < V < (\sqrt{R} + 1.96)^2$

intervallo 4. $(\sqrt{R} + 1.96)^2 < V < (\sqrt{R} + 3.30)^2$

intervallo 5. $V > (\sqrt{R} + 3.30)^2$

Se 3 letture su 4 dei risultati forniti dal laboratorio partecipante cadono:

- nell'intervallo 3, il risultato delle misure il risultato è classificato **buono**;
- nell'intervallo unificato tra 2, 3 e 4 cioè $(\sqrt{R} - 2,34)^2 < V < (\sqrt{R} + 3,30)^2$, di cui almeno 1 lettura cada nell'intervallo 3, il risultato è classificato **sufficiente**.
- nell'intervallo unificato tra 2, 3 e 4 cioè $(\sqrt{R} - 2,34)^2 < V < (\sqrt{R} + 3,30)^2$, di cui nessuna lettura cade nell'intervallo 3, il risultato è classificato **insufficiente**
- altrimenti è classificato il risultato è classificato **insoddisfacente**.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE.

CATEGORIA 1

SODDISFACENTE se contemporaneamente:

- **Rispetta** i tempi previsti;
- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "buoni" o "sufficienti"

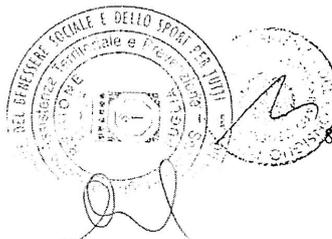
CATEGORIA 2

INSUFFICIENTE se contemporaneamente:

- **Rispetta** i tempi previsti;
- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "insufficienti"

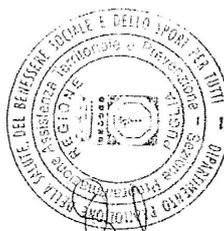
CATEGORIA 3

INSODDISFACENTE se:



- non rispetta i tempi previsti; o smarrisca e/o danneggia uno dei vetrini appartenenti al lotto
- oppure:
- i suoi risultati sono stati riconosciuti come "insoddisfacenti"

Per i laboratori valutati "insufficienti" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni preparati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi i criteri delle categoria 1, il laboratorio verrà classificato "soddisfacente".



Allegato 2 - CRITERI PER LA SCELTA DEI CAMPIONI DI RIFERIMENTO

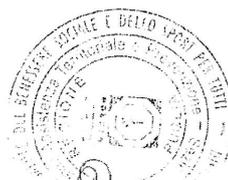
Prima di accettare un campione per inserirlo nel lotto di riferimento, vengono applicate le seguenti procedure per ottenere i conteggi di riferimento e per assicurare che i campioni siano adeguati per il loro impiego nel programma.

- a) i campioni vengono esaminati dal punto di vista della qualità fisica e microscopica, al fine di escludere quelli che presentano una cattiva qualità del montaggio, una distribuzione non uniforme o una proporzione apprezzabile di campi con più di un ottavo dell'area oscurata da agglomerati.
- b) una stima iniziale della densità di fibre per ogni campione viene effettuata sulla base di almeno 3 conteggi eseguiti dai laboratori di riferimento (INAIL Settore Ricerca, ISS, CRA) curando che le eventuali differenze tra i conteggi siano comprese nell'intervallo di rapporti 0,75 - 1,60.

Il valore di riferimento R per ogni campione inserito nel circuito è calcolato **dalla media dei conteggi dei laboratori di riferimento.**

Il CRA rilegge tutti i vetrini a fine circuito.

Nota: questi criteri valgono per la fase di avvio del programma e sono suscettibili di modifiche in base agli esiti che verranno riscontrati al compimento della prima fase



ALLEGATO 3 - SCHEDA DEI RISULTATI

IDENTIFICATIVO DEL LABORATORIO

CODICE DEL LABORATORIO (*)

Codice vetrino (n°)	Densità fibre (F/mm ²)	Densità di Riferimento R (F/mm ²)*

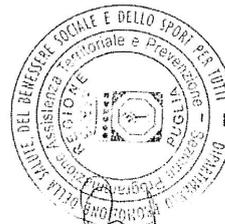
Il calcolo della densità di fibre (fibre /mm²) si ottiene dalla seguente formula:

$$\text{Densità di fibre (F/mm}^2\text{)} = \frac{\text{(numero di fibre conteggiate)}}{\text{(area di un singolo campo microscopico in mm}^2\text{ x numero di campi esaminati)}}$$

Per area di un campo microscopico si intende l'area delineata dal reticolo oculare raccomandato dalle norme vigenti (il reticolo di Walton-Beckett, modello G22 o G25)

I criteri di conteggio sono quelli indicati nel metodo OMS del 1997.

*Compilazione a carico del CRA

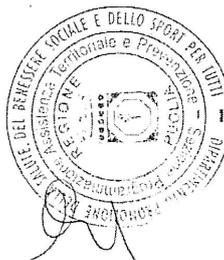


ALLEGATO 4: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO

Nome Laboratorio : _____
 Codice laboratorio: _____

DATA INVIO CAMPIONI	
DATA INVIO E-MAIL	
DATA RICEVIMENTO CAMPIONE	
DATA INVIO RISULTATI	
DATA ARRIVO RISULTATI	
EVENTUALI COMUNICAZIONI RITARDI ESAME CAMPIONI	

CAMPIONE	CODICE GTR	note
1		
2		
3		
4		



127

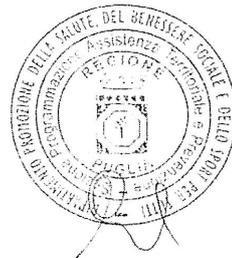
12

CONTROLLO DI QUALITA' DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO LA
DETERMINAZIONE QUALITATIVA DELL'AMIANTO IN MATRICE SOLIDA,
TRAMITE MICROSCOPIA OTTICA (MOCF/MOLP)

Rev. 0.0
del 13-01-15

INDICE

1 - SCOPO.....	Pag.2
2 - CAMPO DI APPLICAZIONE.....	Pag.2
3 - RESPONSABILITA'.....	Pag.2
4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI MOCF/MOLP.....	Pag.2
4a - OBIETTIVI.....	Pag.2
4b - ORGANIZZAZIONE.....	Pag.2
4c - DESTINATARI.....	Pag.3
4d - OGGETTO DELLA PROVA.....	Pag.3
4e - METODICHE DI RIFERIMENTO.....	Pag.3
4f - PROGRAMMA.....	Pag.3
4g - CALENDARIO ATTIVITA'.....	Pag.4
5 - ANALISI DEI RISULTATI.....	Pag.4
5a - VALUTAZIONE DEL LABORATORIO PARTECIPANTE.....	Pag.5
6 - RAPPORTO CONCLUSIVO.....	Pag.6
7 - RISERVATEZZA DEI DATI.....	Pag.6
ALLEGATO 1: LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI.....	Pag.7
ALLEGATO 2: SCHEDA RISULTATI.....	Pag.10
ALLEGATO 3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO.....	Pag.11



1 - SCOPO

Il Protocollo per il Controllo di Qualità dei Laboratori (*PCQL*) è il documento che descrive le procedure di attuazione del circuito di interconfronto per i laboratori che effettuano la determinazione qualitativa dell'amianto in campioni massivi mediante la Microscopia Ottica in contrasto di fase (*MOCF*) e/o in luce polarizzata (*MOLP*).

Nel PCQL sono inserite le informazioni sull'organizzazione, sull'effettuazione delle varie fasi del circuito interlaboratoriale ed il regolamento operativo.

2 - CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'organizzazione dei controlli di qualità interlaboratorio per l'accreditamento dei laboratori pubblici e privati che effettuano analisi sull'amianto utilizzando la metodica MOCF e/o MOLP.

Il Circuito d'Interconfronto (*CI*) permette di valutare la capacità del laboratorio di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della microscopia ottica, riconoscendone le differenti tipologie attraverso l'uso di liquidi di contrasto con indici di rifrazione appropriati.

3 - RESPONSABILITA'

L'attuazione del PCQL è affidata al Centro regionale Amianto (CRA).

E' costituito il Gruppo Tecnico di Riferimento (*GTR*) formato dagli Istituti Centrali (INAIL-Settore Ricerca, ISS, CNR) e dai CRA partecipanti al CI.

Il GTR ha il compito di esaminare tutte le problematiche tecnico - analitiche relative alle metodica MOCF-MOLP, di individuare i campioni idonei al circuito e di garantire l'omogeneità del circuito a livello nazionale.

4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI PER LA MICROSCOPIA OTTICA

4a - OBIETTIVI

Il CI permette di valutare la capacità del laboratorio di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della microscopia ottica, riconoscendone le differenti tipologie attraverso l'uso di liquidi di contrasto con indici di rifrazione appropriati.

4b - ORGANIZZAZIONE

La gestione del circuito è affidata ai CRA.



14

I CRA devono provvedere:

- alla spedizione/consegna dei campioni concordati dal GTR;
- alla spedizione/consegna della "lettera di accompagnamento" (Allegato 1);
- alla spedizione/consegna della "scheda dei risultati" (Allegato 2);
- compilazione della "tabella raccolta dati" (Allegato 3);
- al controllo del rispetto delle modalità descritte nei paragrafi 4d e 4g.

4c – DESTINATARI

Al CI MOCF-MOLP partecipano i laboratori che hanno autocertificato al Ministero della Salute il possesso dei requisiti minimi previsti dal Decreto del 14 maggio 1996, allegato 5, e che, in occasione della visita effettuata dal CRA, sono risultati effettivamente in possesso di tali requisiti.

L'elenco dei laboratori che partecipano al CI identificati da apposito codice è elaborato dal CRA.

4d - OGGETTO DELLA PROVA

La tipologia dei campioni da sottoporre ad analisi qualitativa è individuata dal GTR.

I campioni da esaminare devono provenire, per quanto possibile, dalla frammentazione di manufatti commerciali alcuni dei quali contenenti amianto.

La classificazione dei campioni idonei al circuito deve essere effettuata dal CRA previa analisi degli stessi da parte del CRA e degli Istituti Centrali con l'uso di almeno di due tecniche analitiche diverse dalla microscopia ottica.

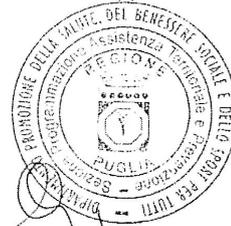
4e - METODICHE DI RIFERIMENTO

A titolo indicativo si riportano alcune metodiche di riferimento:

- Decreto Ministeriale 6/9/94 (allegati 1 e 3);
- Niosh, method 9002/1994;
- HSE, MDHS n.°77, 1999.

4f – PROGRAMMA

In prima istanza è prevista l'organizzazione di un unico round, per i laboratori che abbiano riportato il risultato "insufficiente", sarà organizzato un ulteriore round suppletivo come descritto nel punto 5.



4g - CALENDARIO ATTIVITA'

I CRA invieranno/consegneranno a ciascuno dei laboratori iscritti, quattro (n.4) campioni per l'analisi MOCF/MOLP.

La spedizione dei campioni verrà notificata ai laboratori via e-mail.

Entro il tempo massimo di due giorni (2) dalla ricezione dei campioni, i laboratori partecipanti dovranno comunicare al CRA territorialmente competente via e-mail, l'avvenuta ricezione e la data della stessa.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al CRA territorialmente competente entro tre (3) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva riportata all'Allegato 2. L'invio dovrà essere effettuato tramite posta certificata (PEC).

Se il laboratorio si trova nell'impossibilità di analizzare i campioni entro il periodo di tempo stabilito deve immediatamente restituirli al CRA con la notifica della sua decisione mediante PEC. Il laboratorio riceverà successivamente un nuovo set di campioni.

Se un laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al CRA.

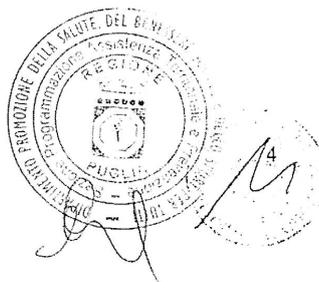
Se un laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al CRA prima della scadenza dei tre (3) giorni.

Ogni laboratorio fornirà un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di operatori. I risultati ottenuti da ciascun laboratorio verranno valutati in base ai criteri di seguito esposti.

5 - ANALISI DEI RISULTATI

I risultati inviati dai partecipanti saranno esaminati dal CRA. Laddove il CRA non fosse competente nella metodica MOCF/MOLP e pertanto non in grado di valutare i risultati dei laboratori, il GTR svolgerà tale attività.



5a- VALUTAZIONE DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti
- Falso positivo = 10 punti
- Falso negativo = 20 punti
- Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti

Per quest'ultimo punto si ha che:

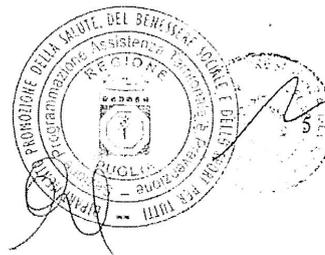
- **Campione con un solo tipo di amianto**
 1. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 2. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- **Campione con 2 tipi di amianto**
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 2. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 4. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- **Campione con 3 tipi di amianto**
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 2. etc. ...

CATEGORIA 1

Soddisfacente - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5

17



CATEGORIA 2

Insufficiente – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3

Insoddisfacente – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20

Per i laboratori valutati "insufficienti" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni selezionati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di *categoria 1*, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "soddisfacente".

6 - RAPPORTO CONCLUSIVO

Il rapporto conclusivo con l'elenco nominativo dei laboratori e la rispettiva valutazione finale è elaborato e redatto dal CRA.

La gestione, l'archiviazione e la conservazione di tutta la documentazione attinente al presente protocollo è a cura del CRA.

7 – RISERVATEZZA DEI DATI

L'esame dei risultati prodotti dai laboratori che partecipano al CI sarà effettuato dal CRA garantendo la riservatezza dei dati secondo la normativa vigente.

I dati saranno contrassegnati da un codice identificativo assegnato dal CRA.

Il CRA comunicherà i risultati a ciascun laboratorio.

L'elenco nominativo dei laboratori che hanno superato il circuito sarà comunicato dal CRA al Ministero della Salute, il quale si farà carico di pubblicarlo sul sito dello stesso Ministero.



Allegato 1

LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO/CONSEGNA CAMPIONI

SPETT.LE LABORATORIO

Si inviano/consegnano n. 4 (*quattro*) campioni in massa da sottoporre ad analisi qualitativa, con le metodiche MOCF/MOLP in uso, con l' identificazione del tipo di amianto presente mediante dispersione cromatica.

I suddetti campioni sono costituiti da materiali commerciali per la cui tipizzazione sono state utilizzate anche metodiche diverse dalla MOCF.

Entro il tempo massimo di due giorni dalla ricezione dei campioni dovrà essere comunicata via e-mail l'avvenuta ricezione dei campioni, nonché la data della stessa, al Centro di Riferimento Regionale.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

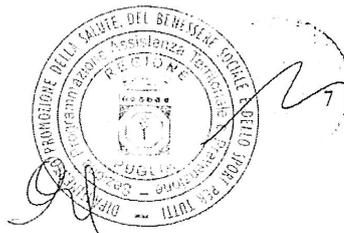
I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale entro tre (3) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva allegata, mediante posta certificata (PEC) nella quale dovranno essere indicate le condizioni operative utilizzate ed il risultato dell'analisi qualitativa eseguita su ciascun campione.

Ogni laboratorio dovrà fornire un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di prove eseguite.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi che determinino ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento prima della scadenza dei tre giorni.

Se un Laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al Centro di riferimento.

Se un Laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà *escluso* dal circuito stesso.



I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti
- Falso positivo = 10 punti
- Falso negativo = 20 punti
- Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti

Per quest'ultimo punto si ha che:

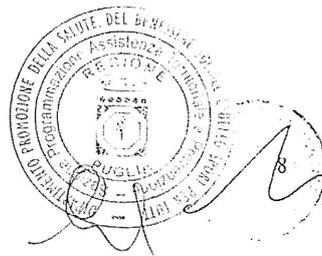
- **Campione con un solo tipo di amianto**
 1. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 2. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- **Campione con 2 tipi di amianto**
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 2. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 4. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- **Campione con 3 tipi di amianto**
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 2. etc. ...

CATEGORIA 1

Soddisfacente - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5

CATEGORIA 2



20

Insufficiente – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3

Insoddisfacente – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

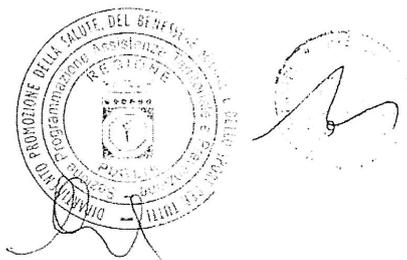
- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20.

Per i laboratori valutati "insufficient" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni preparati. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di categoria 1, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "soddisfacente".

Data

FIRMA

21



Allegato 2

- Scheda Risultati Microscopia Ottica (Bulk)

IDENTIFICAZIONE DEL LABORATORIO:

.....

Descrizione sommaria delle condizioni operative durante l'analisi:

- impostazioni del microscopio (*caratteristiche obiettivi/i; contr. fase; campo chiaro/scuro; microsc. petrografico; tavolino rotante; altro*)

.....

- tecnica analitica utilizzata (*dispersione cromatica; polarizzatori; altro*):

.....

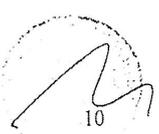
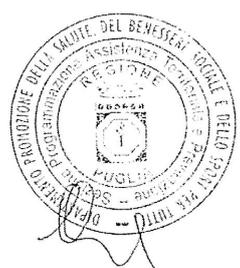
- criteri identificativi (*morfologia; colorazioni; altro*):

.....

Campione N.	Tipo di amianto		Tipo di anfibolo*	note
	crisotilo	anfibli		
1				
2				
3				
4				

(*) Dato non obbligatorio ai fini valutativi

22

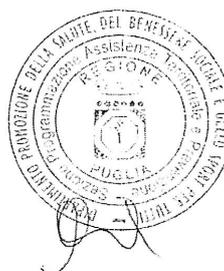


ALLEGATO 3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO

Nome Laboratorio : _____
Codice laboratorio: _____

DATA INVIO CAMPIONI	
DATA INVIO E-MAIL	
DATA RICEVIMENTO CAMPIONE	
DATA INVIO RISULTATI	
DATA ARRIVO RISULTATI	
EVENTUALI COMUNICAZIONI RITARDI ESAME CAMPIONI	

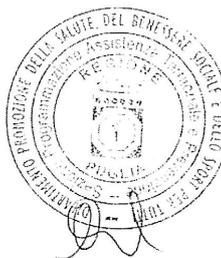
CAMPIONE	CODICE GTR	note
1		
2		
3		
4		



**CONTROLLO DI QUALITÀ DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO
ANALISI SULL'AMIANTO MEDIANTE
MICROSCOPIA ELETTRONICA A SCANSIONE (SEM)**

Rev. 0.0
del 13-01-15

1	- SCOPO.....	Pag. 2
2	- CAMPO DI APPLICAZIONE.....	Pag. 2
3	- RESPONSABILITA'.....	Pag. 2
4	- PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI SEM.....	Pag. 2
4a	OBIETTIVI.....	Pag. 2
4b	ORGANIZZAZIONE.....	Pag. 3
4c	DESTINATARI.....	Pag. 3
4d	OGGETTO DELLA PROVA.....	Pag. 3
4e	METODICHE DI RIFERIMENTO.....	Pag. 3
4f	PROGRAMMA.....	Pag. 3
4g	CALENDARIO ATTIVITA'.....	Pag. 4
5	- ANALISI DEI RISULTATI.....	Pag. 4
5a	CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE	Pag. 5
5b	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE....	Pag. 5
6	- RAPPORTO CONCLUSIVO.....	Pag. 6
7	- RISERVATEZZA DEI DATI.....	Pag. 6
	Allegato n°1: LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI.....	Pag. 7
	Allegato n°2: CRITERI PER LA SCELTA DEI CAMPIONI.....	Pag. 10
	Allegato n°3: MODULO COMUNICAZIONE DATI.....	Pag. 11
	Allegato n°4: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO.....	Pag. 13



24

1

1 – SCOPO

Il Protocollo per il Controllo di Qualità dei Laboratori (PCQL) è il documento che descrive le procedure d'attuazione del circuito d'interconfronto per i laboratori che effettuano la determinazione quantitativa delle fibre di amianto mediante la Microscopia Elettronica a Scansione (SEM).

Nel PCQL sono inserite le informazioni sull'organizzazione, sull'effettuazione delle varie fasi del circuito interlaboratoriale ed il regolamento operativo.

2 – CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'organizzazione dei controlli di qualità interlaboratorio per l'accreditamento dei laboratori pubblici e privati che effettuano analisi sull'amianto utilizzando la metodica SEM.

Il Circuito d'Interconfronto (CI) permette di valutare la capacità del laboratorio di individuare le fibre d'amianto su filtro, tramite l'uso della microscopia elettronica, riconoscendone le differenti tipologie e distinguendolo da fibre di diversa natura tramite il sistema di microanalisi EDX.

3 – RESPONSABILITA'

L'attuazione del PCQL è affidata al Centro Regionale Amianto (CRA).

E' costituito il Gruppo Tecnico di Riferimento (GTR) formato dagli Istituti Centrali (INAIL-Settore Ricerca, ISS, CNR) e dai CRA partecipanti al CI.

Il GTR ha il compito di esaminare tutte le problematiche tecnico – analitiche relative alle metodica SEM, di individuare i campioni idonei al circuito e di garantire l'omogeneità del circuito a livello nazionale.

4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI SEM

4a – OBIETTIVI

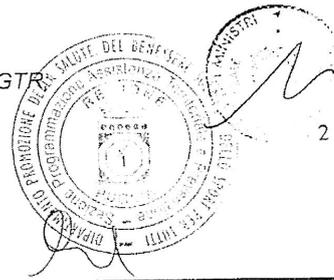
Il CI permette di valutare la capacità dei laboratori partecipanti nell'individuare fibre di amianto aerodisperse depositate su filtro e nel riconoscerne le differenti tipologie tramite l'uso della Microscopia Elettronica a Scansione equipaggiata per l'analisi in dispersione di energia dei raggi X (EDX).

4b – ORGANIZZAZIONE

La gestione del circuito è affidata ai CRA.

I CRA devono provvedere:

- alla spedizione/consegna dei campioni concordati dal GTR.



- alla spedizione/consegna della "lettera di accompagnamento" (Allegato 1);
- alla spedizione/consegna della "scheda dei risultati" (Allegato 3);
- compilazione della "tabella raccolta dati" (Allegato 4);
- al controllo del rispetto delle modalità descritte nei paragrafi 4d e 4g.

4c – DESTINATARI

Al CI SEM partecipano i laboratori che hanno autocertificato presso il Ministero della Salute il possesso dei requisiti minimi previsti dal Decreto del 14 maggio 1996, allegato 5, e che, in occasione della visita effettuata dal Centro di riferimento regionale, sono risultati effettivamente in possesso di tali requisiti.

L'elenco dei laboratori che partecipano al CI, identificati da apposito codice, è elaborato dal CRA.

4d - OGGETTO DELLA PROVA

La tipologia dei campioni da sottoporre alle analisi è individuata dal GTR.

I campioni provengono da campionamenti effettuati in occasione di attività di bonifica di materiali contenenti amianto e/o preparati artificialmente per via umida.

I campioni sono costituiti da filtri in policarbonato su cui sono presenti fibre di amianto, montati su stub e ricoperti con un film di oro o di carbonio.

Il protocollo operativo del programma prevede il conteggio delle fibre respirabili su 4 campioni (stub) da parte di ogni laboratorio partecipante.

La classificazione dei campioni idonei al circuito deve essere effettuata dal CRA previa analisi degli stessi da parte del CRA e degli Istituti Centrali (INAIL Settore Ricerca, ISS, CNR).

I dettagli sui criteri di valutazione della qualità dei campioni e sulla derivazione di conteggi di riferimento validi sono riportati nell'Allegato 2.

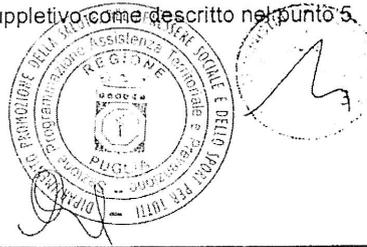
4e – METODICHE DI RIFERIMENTO

Si riportano alcune metodiche di riferimento:

Decreto Ministeriale 06-09-1994 GU SO n.288 10/12/1994 All 2 B

4f - PROGRAMMA

In prima istanza è prevista l'organizzazione di un unico round. Per i laboratori che abbiano riportato il risultato "insufficiente", sarà organizzato un ulteriore round suppletivo come descritto nel punto 5.



4g - CALENDARIO ATTIVITA'

I CRA invieranno/consegneranno ai laboratori un set composto da quattro (n.4) campioni pronti per l'osservazione al SEM.

La spedizione dei campioni verrà notificata ai laboratori via e-mail.

Entro il tempo massimo di due giorni (2) dalla ricezione dei campioni i laboratori partecipanti dovranno comunicare al CRA territorialmente competente via fax/e-mail la data della ricezione dello stesso.

In caso di mancata comunicazione la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al CRA territorialmente competente entro sette (7) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva riportata all'Allegato 2. L'invio dovrà essere effettuato tramite posta certificata (PEC).

Entro 1 giorno dalla comunicazione dei risultati i campioni dovranno essere restituiti al centro coordinatore via corriere.

I ritardi nella restituzione del set dei campioni saranno causa di esclusione del Laboratorio dal circuito.

Se il laboratorio si trova nell'impossibilità di analizzare i campioni entro il periodo di tempo stabilito deve immediatamente restituirli al CRA con la notifica della sua decisione mediante PEC. Il laboratorio riceverà successivamente un nuovo set di campioni.

Se un laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al CRA.

Se un laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.

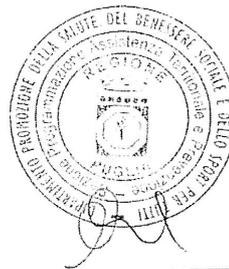
Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al CRA prima della scadenza dei sette (7) giorni.

Ogni laboratorio fornirà un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di letture effettuate.

I risultati ottenuti da ciascun laboratorio verranno valutati in base ai criteri di seguito esposti.

5 - ANALISI DEI RISULTATI

I risultati inviati dai partecipanti saranno esaminati dal CRA. Laddove il CRA non fosse competente nella metodica SEM e pertanto non in grado di valutare i risultati dei laboratori, il GTR svolgerà tale attività.



27

5a – CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE

Indicato con R il valore di riferimento (il valore "vero") del campione i risultati forniti dai partecipanti saranno classificati come:

- **buoni**, se risulteranno compresi entro l'intervallo più ristretto definito dai limiti a_1 e a_2 :

$$a_1 = (\sqrt{R} - 1.35)^2$$

$$a_2 = (\sqrt{R} + 1.70)^2$$

- **sufficienti** se risulteranno fuori da tale intervallo ma compresi entro l'intervallo definito dai limiti c_1 e c_2 :

$$c_1 = (\sqrt{R} - 1.70)^2$$

$$c_2 = (\sqrt{R} + 2.10)^2$$

- **insufficienti** se risulteranno fuori da questo secondo intervallo.

.....	c_1	a_1	R.....	a_2	c_2
insufficienti	sufficienti	buoni	buoni	sufficienti	insufficienti	

5b- VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE.

CATEGORIA 1

SODDISFACENTE se contemporaneamente:

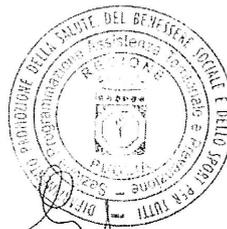
- o **rispetta** i tempi previsti;
- o **fornisce almeno** 3 letture *buone o sufficienti* su 4;
- o **riconosce tutte** le tipologie mineralogiche dei 4 campioni.

CATEGORIA 2

INSUFFICIENTE se contemporaneamente:

- o **rispetta** i tempi previsti;
 - o **fornisce solo** 2 letture *buone o sufficienti* su 4;
 - o **riconosce tutte** le tipologie mineralogiche dei 4 campioni;
- oppure se contemporaneamente:

- o **rispetta** i tempi previsti;



28

- o fornisce almeno 3 letture *buone o sufficienti* su 4;
- o riconosce solo 3 tipologie mineralogiche di campioni su 4 campioni

CATEGORIA 3

INSODDISFACENTE se:

- o non rispetta i tempi previsti, o smarrisca e/o danneggia uno dei campioni appartenenti al lotto oppure se contemporaneamente:
- o rispetta i tempi previsti
- o fornisce letture che non rientrano in quelle delle categorie 1 e 2.

Per i laboratori valutati "insufficienti" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni preparati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di categoria 1, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "soddisfacente".

6 - RAPPORTO CONCLUSIVO

Il rapporto conclusivo con l'elenco nominativo dei laboratori e la rispettiva valutazione finale è elaborato e redatto dal CRA.

La gestione, l'archiviazione e la conservazione di tutta la documentazione attinente al presente protocollo è a cura del CRA.

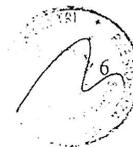
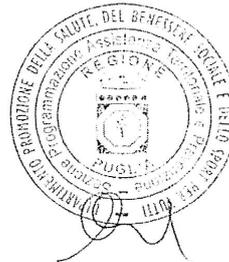
7 - RISERVATEZZA DEI DATI

L'esame dei risultati prodotti dai laboratori che partecipano al CI sarà effettuato dal CRA garantendo la riservatezza dei dati secondo la normativa vigente.

I dati saranno contrassegnati da un codice identificativo assegnato dal CRA.

Il CRA comunicherà i risultati a ciascun laboratorio.

L'elenco nominativo dei laboratori che hanno superato il circuito sarà comunicato dal CRA al Ministero della Salute, il quale si farà carico di pubblicarlo sul sito dello stesso Ministero



29

**ALLEGATO 1
LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI**SPETT.LE LABORATORIO

Si inviano/consegnano 4 campioni per i quali dovrà essere determinata la concentrazione di fibre di amianto ed il tipo di amianto presente tramite l'impiego delle tecniche di Microscopia Elettronica a Scansione equipaggiata per l'analisi in dispersione di energia dei raggi X (EDX).

I campioni sono costituiti da filtri in policarbonato su cui sono presenti fibre di amianto, montati su stub e ricoperti con un film di oro o di carbonio pronti per l'osservazione al SEM.

Entro il tempo massimo di due giorni dalla ricezione dei campioni dovrà essere comunicata via e-mail l'avvenuta ricezione dei campioni, nonché la data della stessa, al Centro di Riferimento Regionale.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale entro sette (7) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva allegata, mediante posta certificata (PEC) nella quale dovranno essere indicate le condizioni operative utilizzate ed il risultato dell'analisi quantitativa eseguita su ciascun campione.

Entro 1 giorno dalla comunicazione dei risultati i campioni dovranno essere restituiti al centro coordinatore via corriere.

I ritardi nella restituzione del set dei campioni, il danneggiamento e/o perdita anche di un solo campione saranno causa di esclusione del Laboratorio dal circuito.

Nel caso di letture di più microscopisti il laboratorio dovrà fornire un'unica risposta relativa al valore della concentrazione delle fibre di amianto respirabili presenti sul campione (espressa come fibre/mm² del filtro).

Eventuali problemi tecnici od organizzativi che determinino ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento prima della scadenza dei dieci giorni.

Se un Laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al Centro di riferimento.

Se un Laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.



30

CRITERI DI VALUTAZIONE PER IL CONTEGGIO DELLE FIBRE

Indicato con R il valore di riferimento (il valore "vero") della concentrazione delle fibre del campione analizzato i risultati forniti dai partecipanti saranno classificati come

- **buoni**, se risulteranno compresi entro l'intervallo più ristretto definito dai limiti a_1 e a_2 :

$$a_1 = (\sqrt{R} - 1.35)^2$$

$$a_2 = (\sqrt{R} + 1.70)^2$$

- **sufficienti** se risulteranno fuori da tale intervallo ma compresi entro l'intervallo definito dai limiti c_1 e c_2 :

$$c_1 = (\sqrt{R} - 1.70)^2$$

$$c_2 = (\sqrt{R} + 2.10)^2$$

- **insufficienti** se risulteranno fuori da questo secondo intervallo.

.....	c_1	a_1	R	a_2	c_2	
	insufficienti		sufficienti		buoni		buoni		sufficienti		insufficienti

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE

CATEGORIA 1

SODDISFACENTE se contemporaneamente:

- o rispetta i tempi previsti;
- o fornisce almeno 3 letture *buone o sufficienti* su 4;
- o riconosce tutte le tipologie mineralogiche dei 4 campioni.

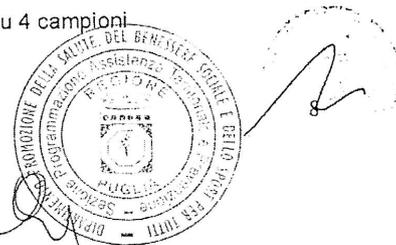
CATEGORIA 2

INSUFFICIENTE se contemporaneamente:

- o rispetta i tempi previsti;
- o fornisce solo 2 letture *buone o sufficienti* su 4;
- o riconosce tutte le tipologie mineralogiche dei 4 campioni;

oppure se contemporaneamente:

- o rispetta i tempi previsti;
- o fornisce almeno 3 letture *buone o sufficienti* su 4;
- o riconosce solo 3 tipologie mineralogiche di campioni su 4 campioni

CATEGORIA 3

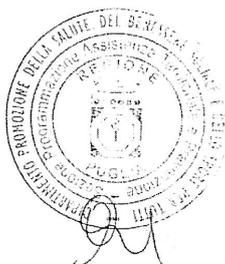
INSODDISFACENTE se:

o **non rispetta** i tempi previsti; o **smarrisca** e/o **danneggia** uno dei campioni appartenenti al lotto dei campioni

oppure se **contemporaneamente**:

- o rispetta i tempi previsti
- o fornisce risultati che non rientrano in quelle delle categorie 1 e 2.

Per i laboratori valutati "insufficienti" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con campioni preparati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi i criteri di categoria 1, il laboratorio verrà classificato "soddisfacente".



Handwritten signature or initials.

32

ALLEGATO 2

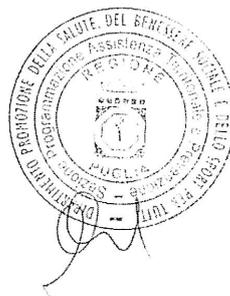
- CRITERI PER LA SCELTA DEI CAMPIONI DI RIFERIMENTO

Prima di accettare un campione per inserirlo nel lotto di riferimento, vengono applicate le seguenti procedure per ottenere i conteggi di riferimento e per assicurare che i campioni siano adeguati per il loro impiego nel programma.

- a) i campioni vengono esaminati dal punto di vista della qualità fisica e microscopica, al fine di escludere quelli che presentano una cattiva qualità del montaggio, una distribuzione non uniforme o una proporzione apprezzabile di campi con più di un ottavo dell'area oscurata da agglomerati.
- b) Il numero di fibre respirabili per mm^2 verrà valutato pari alla media dei valori ottenuti da almeno due laboratori esperti scelti tra il CRA, INAIL Settore Ricerca e ISS. Saranno fatti circolare solo quei campioni per i quali le due letture fatte dai "laboratori esperti" avranno presentato uno scarto minore dell'intervallo fiduciario al 95% calcolato per una distribuzione poissoniana con media pari alla media dei valori ottenuti dai due laboratori esperti.

I campioni che circoleranno fra i laboratori saranno letti da un massimo di 4 laboratori per evitare un eccessivo "degrado" dei campioni stessi con conseguente aumento delle difficoltà di analisi

Nota: questi criteri valgono per la fase di avvio del programma e sono suscettibili di modifiche in base agli esiti che verranno riscontrati al compimento della prima fase



ALLEGATO 3

MODULO COMUNICAZIONI DATI PER LA VALUTAZIONE DEI LABORATORI PARTECIPANTI AL
PROGRAMMA DI CONTROLLO DI QUALITÀ PER IL SEM

IDENTIFICATIVO DEL LABORATORIO

.....

CODICE CAMPIONE

CONDIZIONI OPERATIVE DEL MICROSCOPIO

- Tensione di lavoro (kV):
- Ingrandimento:
- Angolo di tilt del tavolino:
- Working distance:

CONDIZIONI DI LAVORO

- Numero di campi di lettura:
- Superficie di un campo di lettura (μm^2):
- Superficie totale del filtro osservata (μm^2):



36

11

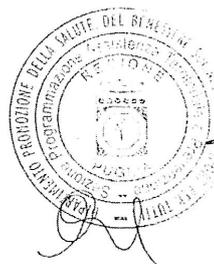
ALLEGATO 4: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO

Nome Laboratorio : _____
 Codice laboratorio: _____

DATA INVIO CAMPIONI	
DATA INVIO E-MAIL	
DATA RICEVIMENTO CAMPIONE	
DATA INVIO RISULTATI	
DATA ARRIVO RISULTATI	
EVENTUALI COMUNICAZIONI RITARDI ESAME CAMPIONI	

CAMPIONE	CODICE GTR	CODICE CRC
1		
2		
3		
4		

36

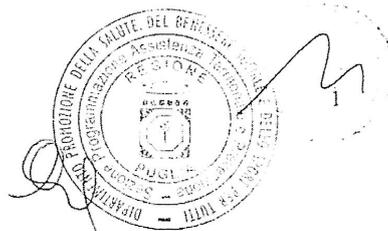


413

CONTROLLO DI QUALITA' DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO LA DETERMINAZIONE QUALITATIVA DELL'AMIANTO IN MATRICE SOLIDA, TRAMITE SPETTROSCOPIA INFRAROSSA A TRASFORMATA DI FOURIER (FTIR)	Rev.00 del 13-01-15
---	------------------------

1 - SCOPO.....	Pag. 2
2 - CAMPO DI APPLICAZIONE.....	Pag. 2
3 - RESPONSABILITA'.....	Pag. 2
4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI FTIR.....	Pag. 2
4a OBIETTIVI.....	Pag. 2
4b ORGANIZZAZIONE.....	Pag. 3
4c DESTINATARI.....	Pag. 3
4d OGGETTO DELLA PROVA.....	Pag. 3
4e METODICHE DI RIFERIMENTO.....	Pag. 3
4f PROGRAMMA.....	Pag. 4
4g CALENDARIO ATTIVITA'.....	Pag. 4
5 - ANALISI DEI RISULTATI.....	Pag. 5
6 - RAPPORTO CONCLUSIVO.....	Pag. 6
7 - RISERVATEZZA DEI DATI.....	Pag. 6
Allegato n°1: LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI.....	Pag. 7
Allegato n°2: SCHEDA RISULTATI.....	Pag. 10
Allegato n°3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO.....	Pag. 11

37



1 - SCOPO

Il Protocollo per il Controllo di Qualità dei Laboratori (*PCQL*) è il documento che descrive le procedure di attuazione del circuito di interconfronto per i laboratori che effettuano la determinazione qualitativa dell'amianto in campioni massivi mediante la Spettroscopia Infrarossa a Trasformata di Fourier (*FTIR*).

Nel *PCQL* sono inserite le informazioni sull'organizzazione, sull'effettuazione delle varie fasi del circuito interlaboratoriale ed il regolamento operativo.

2 - CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'organizzazione dei controlli di qualità interlaboratorio per l'accreditamento dei laboratori pubblici e privati che effettuano analisi sull'amianto utilizzando la metodica *FTIR*.

Il Circuito d'Interconfronto (*CI*) permette di valutare la capacità del laboratorio di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della spettroscopia infrarossa a trasformata di Fourier, riconoscendone le differenti tipologie e distinguendolo dai materiali fibrosi di diversa natura.

3 - RESPONSABILITA'

L'attuazione del *PCQL* è affidata al Centro Regionale Amianto (*CRA*).

E' costituito il Gruppo Tecnico di Riferimento (*GTR*) formato dagli Istituti Centrali (*INAIL*-Settore Ricerca, *ISS*, *CNR*) e dai *CRA* partecipanti al *CI*.

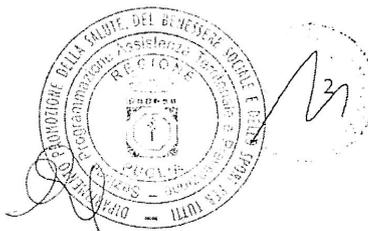
Il *GTR* ha il compito di esaminare tutte le problematiche tecnico – analitiche relative alle metodica *FTIR*, di individuare i campioni idonei al circuito e di garantire l'omogeneità del circuito a livello nazionale.

4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI per FTIR

4a – OBIETTIVI

Il *CI* permette di valutare la capacità dei laboratori partecipanti di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della Spettroscopia Infrarossa a Trasformata di Fourier, riconoscendone le differenti tipologie e distinguendolo dai materiali fibrosi di diversa natura. Saranno acquisite anche le determinazioni quantitative eseguite dai laboratori partecipanti su ciascun campione inviato. Le determinazioni quantitative non saranno utilizzate dal *CRA* per la valutazione dei risultati.

38



4b – ORGANIZZAZIONE

La gestione del circuito è affidata ai CRA.

I CRA devono provvedere:

- alla spedizione/consegna dei campioni concordati dal GTR;
- alla spedizione/consegna della "lettera di accompagnamento" (Allegato 1);
- alla spedizione/consegna della "scheda dei risultati" (Allegato 2);
- compilazione della "tabella raccolta dati" (Allegato 3);
- al controllo del rispetto delle modalità descritte nei paragrafi 4d e 4g.

4c – DESTINATARI

Al CI FTIR partecipano i laboratori che hanno autocertificato al Ministero della Salute il possesso dei requisiti minimi previsti dal Decreto del 14 maggio 1996, allegato 5, e che, in occasione della visita effettuata dal CRA, sono risultati effettivamente in possesso di tali requisiti.

L'elenco dei laboratori che partecipano al CI identificati da apposito codice è elaborato dal CRA.

4d - OGGETTO DELLA PROVA

La tipologia dei campioni da sottoporre ad analisi qualitativa è individuata dal GTR.

I campioni da esaminare devono provenire, per quanto possibile, dalla frammentazione di manufatti commerciali alcuni dei quali contenenti amianto.

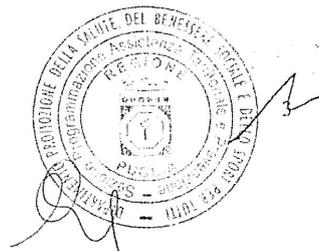
La classificazione dei campioni idonei al circuito deve essere effettuata dal CRA previa analisi degli stessi da parte del CRA e degli Istituti Centrali con l'uso di almeno di due tecniche analitiche diverse dalla spettroscopia infrarossa.

4e - METODICHE DI RIFERIMENTO

A titolo indicativo si riportano alcune metodiche di riferimento

- Metodica FT-IR - Progetto 4C APAT-ARPA;
- "Manuale di dati tecnico-scientifico sull'amianto" (a cura di Paoletti, Cavallo, Comba, Bruno, del 1990);
- VDI 3866 Part 2 "Determination of asbestos in technical products Infrared spectroscopy method".

39



4f - PROGRAMMA

In prima istanza è prevista l'organizzazione di un unico round, per i laboratori che abbiano riportato il risultato "insufficiente" sarà organizzato un ulteriore round suppletivo come descritto nel punto 5.

4g - CALENDARIO ATTIVITA'

I CRA invieranno/consegneranno a ciascuno dei laboratori iscritti, quattro (n.4) campioni per l'analisi FTIR.

La spedizione dei campioni verrà notificata ai laboratori via e-mail.

Entro il tempo massimo di due giorni (2) dalla ricezione dei campioni, i laboratori partecipanti dovranno comunicare al CRA territorialmente competente via fax/e-mail, l'avvenuta ricezione e la data della stessa.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al CRA territorialmente competente entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva riportata all'Allegato 2. Dovranno essere obbligatoriamente allegati gli spettri di assorbimento ottenuti con l'evidenziazione dei picchi analitici di interesse, pena l'esclusione dal circuito.

L'invio dovrà essere effettuato tramite posta elettronica certificata (PEC).

Se il laboratorio si trova nell'impossibilità di analizzare i campioni entro il periodo di tempo stabilito deve immediatamente restituirli al CRA con la notifica della sua decisione mediante PEC. Il laboratorio riceverà successivamente un nuovo set di campioni.

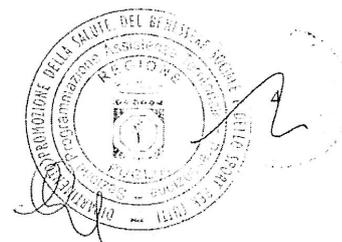
Se un laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al CRA.

Se un laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al CRA prima della scadenza dei sette giorni.

Ogni laboratorio fornirà un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di operatori. I risultati ottenuti da ciascun laboratorio verranno valutati dal CRA in base ai criteri di seguito esposti.

10



5 - ANALISI DEI RISULTATI

I risultati inviati dai partecipanti saranno esaminati dal CRA. Laddove il CRA non fosse competente nella metodica FTIR e pertanto non in grado di valutare i risultati dei laboratori, il GTR svolgerà tale attività.

5a- VALUTAZIONE DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

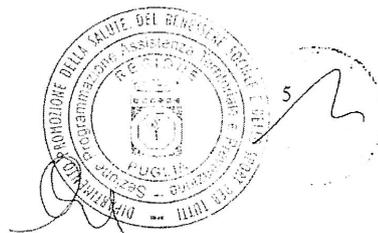
I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti
- Falso positivo = 10 punti
- Falso negativo = 20 punti
- Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti

Per quest'ultimo punto si ha che:

- **Campione con un solo tipo di amianto**
 4. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 5. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 6. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- **Campione con 2 tipi di amianto**
 5. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 6. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 7. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 8. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- **Campione con 3 tipi di amianto**
 3. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 4. etc. ...

48



CATEGORIA 1

Soddisfacente - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5

CATEGORIA 2

Insufficiente – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3

Insoddisfacente – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20

Per i laboratori valutati "*insufficienti*" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni selezionati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di *categoria 1*, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "*soddisfacente*".

6 - RAPPORTO CONCLUSIVO

Il rapporto conclusivo con l'elenco nominativo dei laboratori e la rispettiva valutazione finale è elaborato e redatto dal CRA.

La gestione, l'archiviazione e la conservazione di tutta la documentazione attinente al presente protocollo è a cura del CRA.

7 – RISERVATEZZA DEI DATI

L'esame dei risultati prodotti dai laboratori che partecipano al CI sarà effettuato dal CRA garantendo la riservatezza dei dati secondo la normativa vigente.

I dati saranno contrassegnati da un codice identificativo assegnato dal CRA.

Il CRA comunicherà i risultati a ciascun laboratorio.

L'elenco nominativo dei laboratori che hanno superato il circuito sarà comunicato dal CRA al Ministero della Salute, il quale si farà carico di pubblicarlo sul sito dello stesso Ministero.



42

ALLEGATO 1: LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI

SPETT.LE LABORATORIO

Si inviano/consegnano n. 4 (*quattro*) campioni in massa da sottoporre ad analisi qualitativa, con la metodica FTIR in uso, con l'identificazione del tipo di amianto presente e la rispettiva determinazione quantitativa. Si fa presente comunque che le determinazioni quantitative non saranno utilizzate per la valutazione dei risultati.

I suddetti campioni sono costituiti da materiali commerciali per la cui tipizzazione sono state utilizzate anche metodiche diverse dall'FTIR.

Entro il tempo massimo di due giorni dalla ricezione dei campioni dovrà essere comunicata via e-mail o via fax l'avvenuta ricezione dei campioni, nonché la data della stessa, al Centro di Riferimento Regionale.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva allegata, mediante posta certificata (PEC) nella quale dovranno essere indicate le condizioni operative utilizzate ed il risultato della determinazione quantitativa eseguita su ciascun campione.

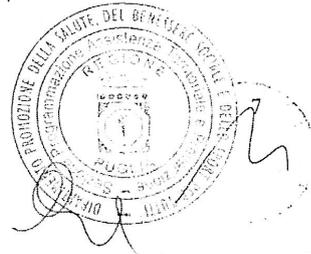
Il risultato della determinazione quantitativa non sarà comunque utilizzato per la valutazione di Codesto Spettabile Laboratorio, servirà per stimare statisticamente il valore di concentrazione di amianto nei campioni utilizzati nel circuito e per organizzare eventuali successivi rounds quantitativi.

Dovranno viceversa essere tassativamente allegati gli spettri di assorbimento ottenuti con l'evidenziazione dei picchi analitici di interesse, pena l'esclusione dal circuito.

Ogni laboratorio dovrà fornire un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di prove eseguite.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale prima della scadenza dei cinque giorni.

43



Se un Laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al Centro di Riferimento Regionale. Se un Laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà *escluso* dal circuito stesso.

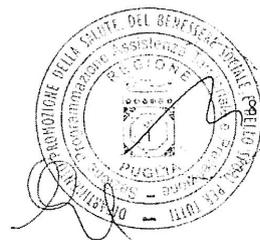
I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- **Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti**
- **Falso positivo = 10 punti**
- **Falso negativo = 20 punti**
- **Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti**

Per quest'ultimo punto si ha che:

- **Campione con un solo tipo di amianto**
 7. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 8. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 9. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- **Campione con 2 tipi di amianto**
 9. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 10. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 11. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 12. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- **Campione con 3 tipi di amianto**
 5. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 6. etc. ...

44



CATEGORIA 1**Soddisfacente** - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5

CATEGORIA 2**Insufficiente** – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3**Insoddisfacente** – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

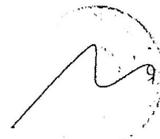
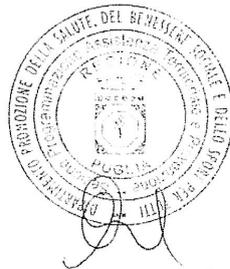
- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20

Per i laboratori valutati "*insufficienti*" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni selezionati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfa, in questo round suppletivo, i criteri di *categoria 1*, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "*soddisfacente*".

Data

Firma

45



ALLEGATO 2: SCHEDA RISULTATI

Codice laboratorio assegnato dal CRA: _____

Data ricevimento campioni: _____

CAMPIONE	CRISOTILO	CROCIDOLITE	AMOSITE	TREMOLITE	ACTINOLITE	ANTOFILLITE	AMIANTO ASSENTE	AMIANTO Totale* (% in peso)
1								
2								
3								
4								

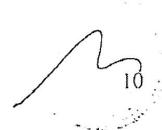
* Dato non soggetto a valutazione

NOTE:

CAMPIONE	
1	
2	
3	
4	

Data: _____

Firma: _____



26

ALLEGATO 3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO

Nome Laboratorio : _____

Codice laboratorio: _____

DATA INVIO CAMPIONI	
DATA INVIO E-MAIL	
DATA RICEVIMENTO CAMPIONE	
DATA INVIO RISULTATI	
DATA ARRIVO RISULTATI	
EVENTUALI COMUNICAZIONI RITARDI ESAME CAMPIONI	

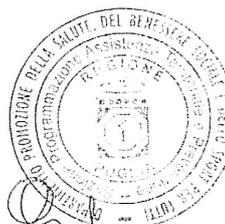
CAMPIONE	CODICE GTR	note
1		
2		
3		
4		



47

CONTROLLO DI QUALITA' DEI LABORATORI CHE EFFETTUANO LA DETERMINAZIONE QUALITATIVA DELL'AMIANTO IN MATRICE SOLIDA, TRAMITE DIFFRATTOMETRIA A RAGGIX (DRX)	Rev.0.0 del 13-01-15
---	-----------------------------

1 - SCOPO.....	Pag. 2
2 - CAMPO DI APPLICAZIONE.....	Pag. 2
3 - RESPONSABILITA'.....	Pag. 2
4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL CI FTIR.....	Pag. 2
4a OBIETTIVI.....	Pag. 2
4b ORGANIZZAZIONE.....	Pag. 3
4c DESTINATARI.....	Pag. 3
4d OGGETTO DELLA PROVA.....	Pag. 3
4e METODICHE DI RIFERIMENTO.....	Pag. 3
4f PROGRAMMA.....	Pag. 3
4g CALENDARIO ATTIVITA'.....	Pag. 4
5 - ANALISI DEI RISULTATI.....	Pag. 4
6 - RAPPORTO CONCLUSIVO.....	Pag. 6
7 - RISERVATEZZA DEI DATI.....	Pag. 6
Allegato n°1: LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI.....	Pag. 7
Allegato n°2: SCHEDA RISULTATI.....	Pag. 10
Allegato n°3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO.....	Pag. 11



18

18

18

1 - SCOPO

Il Protocollo per il Controllo di Qualità dei Laboratori (*PCQL*) è il documento che descrive le procedure di attuazione del circuito di interconfronto per i laboratori che effettuano la determinazione qualitativa dell'amianto in campioni massivi mediante la Diffrazione a raggi X (*DRX*).

Nel *PCQL* sono inserite le informazioni sull'organizzazione, sull'effettuazione delle varie fasi del circuito interlaboratoriale ed il regolamento operativo.

2 - CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica all'organizzazione dei controlli di qualità interlaboratorio per l'accREDITAMENTO dei laboratori pubblici e privati che effettuano analisi sull'amianto utilizzando la metodica *DRX*.

Il Circuito d'Interconfronto (*CI*) permette di valutare la capacità del laboratorio di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della diffrazione a raggi X, riconoscendone le differenti tipologie e distinguendolo dai materiali fibrosi di diversa natura.

3 - RESPONSABILITA'

L'attuazione del *PCQL* è affidata al Centro Regionale Amianto (*CRA*).

E' costituito il Gruppo Tecnico di Riferimento (*GTR*) formato dagli Istituti Centrali (*INAIL*-Settore Ricerca, *ISS*, *CNR*) e dai *CRA* partecipanti al *CI*.

Il *GTR* ha il compito di esaminare tutte le problematiche tecnico - analitiche relative alle metodica *DRX*, di individuare i campioni idonei al circuito e di garantire l'omogeneità del circuito a livello nazionale.

4 - PROTOCOLLO DI ATTUAZIONE DEL *CI* per *DRX*

4a - OBIETTIVI

Il *CI* permette di valutare la capacità dei laboratori partecipanti di individuare l'amianto in matrice solida, tramite l'uso della diffrazione a raggi X, riconoscendone le differenti tipologie e distinguendolo dai materiali fibrosi di diversa natura. Saranno acquisite anche le determinazioni quantitative eseguite dai laboratori partecipanti su ciascun campione inviato. Le determinazioni quantitative non saranno utilizzate dal *CRA* per la valutazione dei risultati.



4b – ORGANIZZAZIONE

La gestione del circuito è affidata ai CRA.

I CRA devono provvedere:

- alla spedizione/consegna dei campioni concordati dal GTR;
- alla spedizione/consegna della "lettera di accompagnamento" (Allegato 1);
- alla spedizione/consegna della "scheda dei risultati" (Allegato 2);
- compilazione della "tabella raccolta dati" (Allegato 3);
- al controllo del rispetto delle modalità descritte nei paragrafi 4d e 4g.

4c – DESTINATARI

Al CI DRX partecipano i laboratori che hanno autocertificato al Ministero della Salute il possesso dei requisiti minimi previsti dal Decreto del 14 maggio 1996, allegato 5, e che, in occasione della visita effettuata dal CRA, sono risultati effettivamente in possesso di tali requisiti.

L'elenco dei laboratori che partecipano al CI identificati da apposito codice è elaborato dal CRA.

4d - OGGETTO DELLA PROVA

La tipologia dei campioni da sottoporre ad analisi qualitativa è individuata dal GTR.

I campioni da esaminare devono provenire, per quanto possibile, dalla frammentazione di manufatti commerciali alcuni dei quali contenenti amianto.

La classificazione dei campioni idonei al circuito deve essere effettuata dal CRA previa analisi degli stessi da parte del CRA e degli Istituti Centrali con l'uso di almeno di due tecniche analitiche diverse dalla spettroscopia infrarossa.

4e - METODICHE DI RIFERIMENTO

A titolo indicativo si riportano alcune metodiche di riferimento

- Metodica DRX - Progetto 4C APAT-ARPA;
- Determinazione quantitativa dell'amianto in campioni in massa. All. 1, D.M. 6.9.94.

4f – PROGRAMMA

In prima istanza è prevista l'organizzazione di un unico round, per i laboratori che abbiano riportato il risultato "insufficiente" sarà organizzato un ulteriore round suppletivo come descritto nel punto 5.



4g - CALENDARIO ATTIVITA'

I CRA invieranno/consegneranno a ciascuno dei laboratori iscritti, quattro (n.4) campioni per l'analisi DRX.

La spedizione dei campioni verrà notificata ai laboratori via e-mail.

Entro il tempo massimo di due giorni (2) dalla ricezione dei campioni, i laboratori partecipanti dovranno comunicare al CRA territorialmente competente via fax/e-mail, l'avvenuta ricezione e la data della stessa.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al CRA territorialmente competente entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva riportata all'Allegato 2. Dovranno essere obbligatoriamente allegati gli spettri di diffrazione ottenuti con l'evidenziazione dei picchi analitici di interesse, pena l'esclusione dal circuito.

L'invio dovrà essere effettuato tramite posta elettronica certificata (PEC).

Se il laboratorio si trova nell'impossibilità di analizzare i campioni entro il periodo di tempo stabilito deve immediatamente restituirli al CRA con la notifica della sua decisione mediante PEC. Il laboratorio riceverà successivamente un nuovo set di campioni.

Se un laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al CRA.

Se un laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà escluso dal circuito stesso.

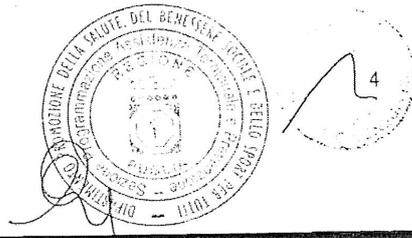
Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al CRA prima della scadenza dei cinque giorni.

Ogni laboratorio fornirà un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di operatori. I risultati ottenuti da ciascun laboratorio verranno valutati dal CRA in base ai criteri di seguito esposti.

5 - ANALISI DEI RISULTATI

I risultati inviati dai partecipanti saranno esaminati dal CRA. Laddove il CRA non fosse competente nella metodica DRX e pertanto non in grado di valutare i risultati dei laboratori, il GTR svolgerà tale attività.

51



5a- VALUTAZIONE DEL LABORATORIO PARTECIPANTE

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti
- Falso positivo = 10 punti
- Falso negativo = 20 punti
- Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti

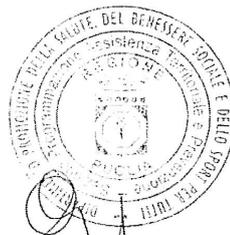
Per quest'ultimo punto si ha che:

- Campione con un solo tipo di amianto
 1. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 2. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- Campione con 2 tipi di amianto
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 2. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 4. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- Campione con 3 tipi di amianto
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 2. etc. ...

CATEGORIA 1

Soddisfacente - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5



CATEGORIA 2

Insufficiente – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3

Insoddisfacente – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20

Per i laboratori valutati "*insufficienti*" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni selezionati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di *categoria 1*, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "*soddisfacente*".

6 - RAPPORTO CONCLUSIVO

Il rapporto conclusivo con l'elenco nominativo dei laboratori e la rispettiva valutazione finale è elaborato e redatto dal CRA.

La gestione, l'archiviazione e la conservazione di tutta la documentazione attinente al presente protocollo è a cura del CRA.

7 – RISERVATEZZA DEI DATI

L'esame dei risultati prodotti dai laboratori che partecipano al CI sarà effettuato dal CRA garantendo la riservatezza dei dati secondo la normativa vigente.

I dati saranno contrassegnati da un codice identificativo assegnato dal CRA.

Il CRA comunicherà i risultati a ciascun laboratorio.

L'elenco nominativo dei laboratori che hanno superato il circuito sarà comunicato dal CRA al Ministero della Salute, il quale si farà carico di pubblicarlo sul sito dello stesso Ministero.

53



6

ALLEGATO 1: LETTERA ACCOMPAGNAMENTO INVIO CAMPIONI

SPETT.LE LABORATORIO

Si inviano/consegnano n. 4 (*quattro*) campioni in massa da sottoporre ad analisi qualitativa, con la metodica DRX in uso, con l' identificazione del tipo di amianto presente e la rispettiva determinazione quantitativa. Si fa presente comunque che le determinazioni quantitative non saranno utilizzate per la valutazione dei risultati.

I suddetti campioni sono costituiti da materiali commerciali per la cui tipizzazione sono state utilizzate anche metodiche diverse dal DRX.

Entro il tempo massimo di due giorni dalla ricezione dei campioni dovrà essere comunicata via e-mail o via fax l'avvenuta ricezione dei campioni, nonché la data della stessa, al Centro di Riferimento Regionale.

In caso di mancata comunicazione, la data di ricezione verrà presunta corrispondente a quella del giorno successivo al giorno di spedizione dei campioni.

I risultati delle analisi dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale entro cinque (5) giorni lavorativi dall'arrivo dei campioni, tramite la compilazione della tabella riassuntiva allegata, mediante posta certificata (PEC) nella quale dovranno essere indicate le condizioni operative utilizzate ed il risultato della determinazione quantitativa eseguita su ciascun campione.

Il risultato della determinazione quantitativa non sarà comunque utilizzato per la valutazione di Codesto Spettabile Laboratorio, servirà per stimare statisticamente il valore di concentrazione di amianto nei campioni utilizzati nel circuito e per organizzare eventuali successivi rounds quantitativi.

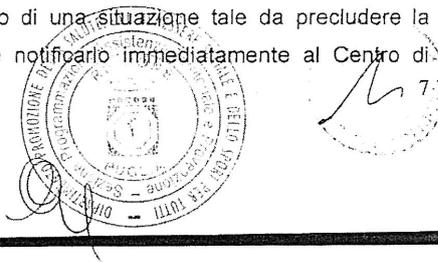
Dovranno viceversa essere tassativamente allegati gli spettri di diffrazione ottenuti con l'evidenziazione dei picchi analitici di interesse, pena l'esclusione dal circuito.

Ogni laboratorio dovrà fornire un unico risultato per campione, a prescindere dal numero di prove eseguite.

Eventuali problemi tecnici od organizzativi implicanti ritardi rispetto al termine fissato, dovranno essere comunicati al Centro di Riferimento Regionale prima della scadenza dei cinque giorni.

Se un Laboratorio è a conoscenza in anticipo di una situazione tale da precludere la possibilità di analisi dei campioni, esso deve notificarlo immediatamente al Centro di

54



Riferimento Regionale. Se un Laboratorio a fine circuito si trova ancora nell'impossibilità di analizzare il set di campioni verrà *escluso* dal circuito stesso.

I laboratori partecipanti, in base alle loro risposte, verranno classificati in tre CATEGORIE secondo i seguenti criteri:

- Identificazione corretta della presenza o meno di amianto e del tipo eventualmente presente = 0 punti
- Falso positivo = 10 punti
- Falso negativo = 20 punti
- Per ogni identificazione errata del tipo di amianto presente = 5 punti

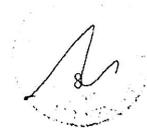
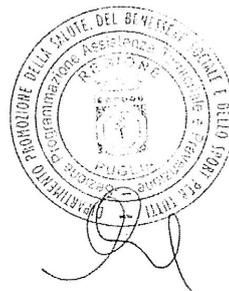
Per quest'ultimo punto si ha che:

- Campione con un solo tipo di amianto
 1. il laboratorio non lo identifica correttamente = 5 punti
 2. il laboratorio lo identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio identifica 2 tipi diversi di amianto = 5 + 5 punti
- Campione con 2 tipi di amianto
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) l'altro tipo = 5 punti
 2. il laboratorio li identifica correttamente ma trova anche un altro tipo di amianto = 5 punti
 3. il laboratorio non li identifica correttamente = 5 + 5 punti
 4. il laboratorio identifica 3 tipi diversi di amianto = 5 + 5 + 5 punti
- Campione con 3 tipi di amianto
 1. il laboratorio identifica correttamente un tipo ma non trova (o identifica in modo errato) gli altri 2 tipi = 5 + 5 punti
 2. etc. ...

CATEGORIA 1

Soddisfacente - Se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 0 o 5



55

CATEGORIA 2**Insufficiente** – se contemporaneamente:

- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con un punteggio di 10 o 15

CATEGORIA 3**Insoddisfacente** – se:

- Non rispetta i tempi previsti

Oppure se contemporaneamente:

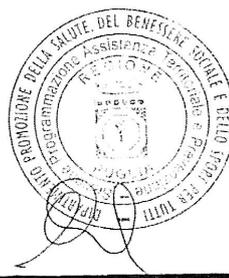
- Rispetta i tempi previsti
- Fornisce risultati con punteggio maggiore o uguale a 20

Per i laboratori valutati "*insufficienti*" il CRA provvede ad organizzare un round suppletivo con altri quattro campioni selezionati con le procedure descritte in precedenza. Solo nel caso in cui il laboratorio soddisfi, in questo round suppletivo, i criteri di *categoria 1*, la prestazione del laboratorio verrà valutata come "*soddisfacente*".

Data

Firma

56



A

ALLEGATO 2: SCHEDA RISULTATI

Codice laboratorio assegnato dal CRA: _____

Data ricevimento campioni: _____

CAMPIONE	CRISOTILO	CROCIDOLITE	AMOSITE	TREMOLITE	ACTINOLITE	ANTOFILLITE	AMIANTO ASSENTE	AMIANTO Totale* (% in peso)
1								
2								
3								
4								

* Dato non soggetto a valutazione

NOTE:

CAMPIONE	
1	
2	
3	
4	

Data: _____

Firma: _____

57

[Handwritten signature]



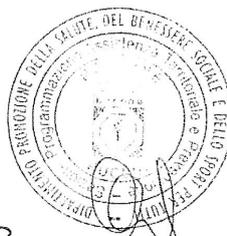
10

ALLEGATO 3: TABELLA RACCOLTA DATI LABORATORIO

Nome Laboratorio : _____
 Codice laboratorio: _____

DATA INVIO CAMPIONI	
DATA INVIO E-MAIL	
DATA RICEVIMENTO CAMPIONE	
DATA INVIO RISULTATI	
DATA ARRIVO RISULTATI	
EVENTUALI COMUNICAZIONI RITARDI ESAME CAMPIONI	

CAMPIONE	CODICE GTR	note
1		
2		
3		
4		



M

58

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1507

POR PUGLIA FESR - F.S.E. 2014-2020 AVVISO PUBBLICO n. 4/2016 "Piani Formativi aziendali"- VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2016 E PLURIENNALE 2016-2018 AI SENSI DEL D. LGS N. 118/2011 E SS.MM.II.

Assente l'Assessore alla Formazione e Lavoro - Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione professionale, Sebastiano Leo, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario Francesco Leuci, confermata dalla Dirigente della Sezione Formazione professionale, Anna Lobosco, e condivisa dall'Autorità di Gestione del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020, per la parte contabile e dalla Responsabile del Fondo FSE 2014-2020, Giulia Campaniello, riferisce quanto segue: l'assessore al Welfare, Salvatore Negro:

Premesso che: che:

con D.G.R. n. 936/2016 la Giunta, al fine di sostenere le imprese nel realizzare percorsi formativi atti a rafforzare le competenze del proprio capitale umano, ha approvato lo schema di avviso pubblico in oggetto e stanziato per il finanziamento delle iniziative la complessiva somma di € 8.500.000,00 a valere sulle risorse dell'Asse X Azione 10.6 "Interventi di formazione continua e/o specialistica e professionalizzante" del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020, approvato con Decisione C (2015)5854 del 13/08/2015.

Considerato che:

- le istanze di candidatura sono presentate on line attraverso la piattaforma dedicata e resa disponibile a partire dal 15/07/2016, come previsto dall'Avviso pubblico 4/2016 "Piani Formativi aziendali", approvato con Atto dirigenziale n. 564/2016;
- l'avviso n. 4/2016 prevede che le istanze di candidatura vengano valutate e finanziate in ordine cronologico di arrivo, secondo la procedura a sportello adottata;
- dal 15/07/2016 al 20 settembre 2016, sono state già trasmesse istanze di candidatura per un valore complessivo superiore ad € 18.000.000,00;

al fine di garantire la necessaria copertura finanziaria è opportuno incrementare la dotazione riservata alle iniziative di formazione continua di cui all'avviso in oggetto con ulteriori risorse pari ad € 10.000.000,00.

Visto il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;

Rilevato che l'art. 51, comma 2 del D.Lgs. 118/2011 D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014, n. 126, prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizza le variazioni del bilancio di previsione;

Vista la legge regionale del L.R. 15 febbraio 2016, n. 2 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2016 e pluriennale 2016-2018";

Vista la D.G.R. n. 159 del 23/02/2016 di approvazione del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale 2016 - 2018;

La variazione proposta con il presente provvedimento, assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica garantendo il pareggio di bilancio di cui al comma 710 e seguenti dell'art. unico della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016).

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS 118/2011 E SS.MM.II.

Il presente provvedimento comporta l'istituzione di nuovi capitoli di spesa e la variazione, in parte entrata e in parte spesa, in termini di competenza e cassa per l'esercizio finanziario 2016 e in termini di competenza per gli esercizi finanziari 2017 e 2018, al bilancio di previsione 2016 e pluriennale 2016-2018, al Documento

tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale approvato con DGR n. 159 del 23/02/2016, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D.lgs 118/2011 e ss.mm.ii.

Istituzione nuovi capitoli di spesa:

CRA	CNI	DECLARATORIA	MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	CODIFICA PIANO DEI CONTI FINANZIARIO
22.13	1167106	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.04.04.01
22.13	1167100	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.04.03.99

BILANCIO VINCOLATO

VARIAZIONI IN DIMINUZIONE

1) Variazione al Bilancio di previsione come di seguito specificato:

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione, Programa Titolo	Codifica Piano dei Conti finanziario	Variazione e.f. 2016 stanziamento	Variazione e.f. 2017 stanziamento	Variazione e.f. 2018 stanziamento
22.13	1165000	POR PUGLIA 2014-2020. FONDO FSE. QUOTA UE. TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	15.4.1	U.1.04.01.02.000	-€ 5.000,000,00		
22.13	1166000	POR PUGLIA 2014-2020. FONDO FSE. QUOTA STATO TRASFERIMENTI CORRENTI A AMMINISTRAZIONI LOCALI	15.4.1	U.1.04.01.02.000	-€ 3.500,000,00		

26.04	1110050	Fondo di riserva per il cofinanziamento regionale di programmi comunitari (ART. 54, comma 1 LETT. A-L.R.N. 28/2001)	20.3.2	U.2.05.01.99	-€ 470,586,38	-€ 1.029,413,62	
CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	Missione, Programa Titolo	Codifica Piano dei Conti finanziario	Variazione e.f. 2016 stanziamento		
22.13	2052810	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA U.E.-FONDO FSE	2.1 2211	E.2.01.05.01.001	-€ 5.000,000,00		
22.13	2052820	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA STATO.-FONDO FSE	2.1	E.2.01.01.01.001	-€ 3.500,000,00		

**VARIAZIONI IN AUMENTO
PARTE ENTRATA**

CRA	22 DIPARTIMENTO SVILUPPO ECONOMICO, INNOVAZIONE, ISTRUZIONE, FORMAZIONE E LAVORO 13 SEZIONE PROGRAMMAZIONE UNITARIA
------------	--

Capitolo	Declaratoria	codifica piano dei conti finanziario	SIOPE	e.f. 2016	e.f. 2017	e.f. 2018	TOTALE
2052810	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA U.E.-FONDO FSE	E.2.01.05.01.001	2211	1.568.621,25	3.431.378,75		€ 5.000,000,00
2052820	TRASFERIMENTI PER IL P.O.R 2014/2020-QUOTA STATO.-FONDO FSE	E.2.01.01.01.001	2215	1.098.034,87	2.401.965,13		€ 3.500,000,00

All'accertamento per il 2016 e pluriennale dell'entrata per gli e.f. successivi al 2016 si provvederà mediante specifico atto dell'Autorità di gestione del POR Puglia FESR-FSE 2014/2020, su proposta della Dirigente della Sezione Formazione Professionale, in qualità di Responsabile d'Azione ai sensi della D.G.R. n. 833/2016, ai sensi del principio contabile di cui all'allegato 4/2, par. 3.6, lett. c) "contributi a rendicontazione" del D. Lgs. 118/2011.

Titolo giuridico che supporta il credito: Decisione C(2015) 5854 del 13 agosto 2015 dei competenti Servizi della Commissione Europea.

Si attesta che l'importo relativo alla copertura del presente provvedimento corrisponde ad obbligazione giuridicamente perfezionata, con **debitore certo**: Unione Europea e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

PARTE SPESA

CRA	Capitolo di spesa	Declaratoria	M.P.T	Codifica Piano dei Conti finanziario	E.F. 2016 Competenza e Cassa	E.F. 2017 Competenza e Cassa	E.F. 2018 Competenza e Cassa
22.13	1165106	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE QUOTA UE	15.4.1	U.1.04.01.01	450,709,75	889.456,00	
22.13	1166106	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA STATO	15.4.1	U.1.04.01.01	315.496,82	622.619,20	
22.13	CNI (quota REGIONE) 1167106	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.3. Azione 8.10 Interventi di rafforzamento dei CPI pubblici e privati – Gestione e manutenzione applicazioni - QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.04.01.01	135,212,92	266,836,80	
22.13	1165108	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA UE	15.4.1	U.1.04.03.99	1.117.911,50	2.541.922,75	
22.13	1165108	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA STATO	15.4.1	U.1.04.03.99	782.538,05	1,779.345,93	

22.13	CNI (quota REGIONE) 1167100	POR 2014-2020. FONDO FESR. AZIONE 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE – TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA REGIONE	15.4.1	U.1.04.03.99	335.373,45	762.576,82	
-------	--------------------------------	---	--------	--------------	------------	------------	--

La spesa di cui al presente provvedimento corrisponde ad OGV che sarà perfezionata nel 2016 mediante impegno pluriennale da assumersi con atto dirigenziale della Sezione Formazione Professionale secondo il cronoprogramma di seguito riportato, a valere sui seguenti capitoli:

- Capitolo **1165106** "POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE. QUOTA UE" per complessivi € 1.340.165,75, di cui:

E.F. 2016 € 450.709,75
E.F. 2017 € 889.456,00
E.F. 2018 € 0,00

- Capitolo **1166106** "POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE. QUOTA STATO" per complessivi € 938.116,03, di cui:

E.F. 2016 € 315.496,82
E.F. 2017 € 622.619,20
E.F. 2018 € 0,00

- CNI **1167106** "POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ISTITUZIONI SOCIALI PRIVATE. QUOTA REGIONE" per complessivi € 402.049,72, di cui:

E.F. 2016 € 135.212,92
E.F. 2017 € 266.836,80
E.F. 2018 € 0,00

- Capitolo **1165108** "POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA UE" per complessivi € 3.659.834,25, di cui:

E.F. 2016 € 1.117.911,50
E.F. 2017 € 2.541.922,75
E.F. 2018 € 0,00

- Capitolo **1166108** "POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA STATO" per complessivi € 2.561.883,98, di cui:

E.F. 2016 € 782.538,05
E.F. 2017 € 1.779.345,93

E.F. 2018 € 0,00

- CNI **1167100**"POR Puglia 2014-2020. Fondo FSE. Azione 10.6. INTERVENTI DI FORMAZIONE CONTINUA E/O SPECIALISTICA E PROFESSIONALIZZANTE — TRASFERIMENTI CORRENTI A ALTRE IMPRESE. QUOTA REGIONE" per complessivi € 1.097.950,27, di cui:

E.F. 2016 € 335.373,45

E.F. 2017 € 762.576,82

E.F. 2018 € 0,00

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie e delle dichiarazioni rese e in calce sottoscritte dai proponente che attestano che il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale - ai sensi della Legge n° 7/97, art. 4 comma 4, lett. K — propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

LA GIUNTA

- Udita la relazione;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- di prendere atto di quanto riportato in premessa che si intende integralmente riportato;
- di apportare la variazione al bilancio regionale 2016 e pluriennale 2016-2018, così come indicata nella sezione "copertura finanziaria" del presente atto;
- di delegare la Dirigente della Sezione Formazione Professionale, in qualità di Responsabile d'Azione ai sensi della D.G.R. n. 833/2016, ad operare sui capitoli di spesa di cui alla sezione copertura finanziaria la cui titolarità è del Dirigente della Sezione Programmazione Unitaria, per l'importo pari complessivamente a € 10.000.000,00, a valere sull'Azione 10.6 del POR Puglia FESR-FSE 2014-2020;
- di autorizzare la Dirigente della Sezione Formazione Professionale a porre in essere tutti gli adempimenti consequenziali all'adozione del presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sui siti istituzionali;
- di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n.13/94, art.6;
- di approvare l'Allegato E/1 nella parte relativa alla variazione al bilancio;
- di incaricare il Servizio Bilancio di trasmettere al Tesoriere regionale il prospetto di cui all'art. 10 comma 4 del D. Lgs n.118/2011 conseguente all'approvazione della presente deliberazione.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del FOP/DEL/2016/000___

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2016	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2016
				in aumento	in diminuzione	
MISSIONE	15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE				
Programma	4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale				
Titolo	1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa		-8.500.000,00 -8.500.000,00	
Totale Programma	4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	2.666.656,12 2.666.656,12		
TOTALE MISSIONE	15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	2.666.656,12 2.666.656,12		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	2.666.656,12 2.666.656,12		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	2.666.656,12 2.666.656,12		

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO xxxxx	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO xxxxx
				in aumento	in diminuzione	
TITOLO	II	TRASFERIMENTI CORRENTI				
Tipologia	1		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 -8.500.000,00 -8.500.000,00	0,00 0,00 0,00	
TOTALE TITOLO	II	TRASFERIMENTI CORRENTI	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 2.666.656,12 2.666.656,12	0,00 0,00 0,00	
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 2.666.656,12 2.666.656,12	0,00 0,00 0,00	
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 2.666.656,12 2.666.656,12	0,00 0,00 0,00	

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

DIRIGENTE DELLA SEZIONE

Formazione Professionale

Dott.ssa A. LOBOSCO



Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: / / n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del FOP/DEL/2016/000___

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2017	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2017
			in aumento	in diminuzione	
MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE				
Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale				
Titolo 1	Spese correnti	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
Totale Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	5.833.343,88 5.833.343,88		
TOTALE MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	5.833.343,88 5.833.343,88		
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	5.833.343,88 5.833.343,88		
TOTALE GENERALE DELLE USCITE		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	5.833.343,88 5.833.343,88		

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO xxxx	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO xxxx
			in aumento	in diminuzione	
TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI				
Tipologia 1		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00		0,00 0,00 0,00
TOTALE TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI	residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	5.833.343,88 5.833.343,88	0,00 0,00 0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	5.833.343,88 5.833.343,88	0,00 0,00 0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00	5.833.343,88 5.833.343,88	0,00 0,00 0,00

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa
DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Formazione Professionale
Dott.ssa A. LOBOSCO



Allegato E/1

Allegato n. 8/1
al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: .../.../..... n. protocollo

Rif. Proposta di delibera del FOP/DEL/2016/000 ___

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO 2018	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2018
				in aumento	in diminuzione	
MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE					
Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale					
Titolo 1	Spese correnti		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
Totale Programma 4	Politica regionale unitaria per il lavoro e la formazione professionale		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
TOTALE MISSIONE 15	POLITICHE PER IL LAVORO E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			
TOTALE GENERALE DELLE USCITE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa			

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. - ESERCIZIO xxxx	VARIAZIONI		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO xxxx
				in aumento	in diminuzione	
TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI					
Tipologia 1			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00		0,00 0,00 0,00
TOTALE TITOLO II	TRASFERIMENTI CORRENTI		residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00		0,00 0,00 0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00		0,00 0,00 0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE			residui presunti previsione di competenza previsione di cassa	0,00 0,00 0,00		0,00 0,00 0,00

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Formazione Professionale
Dott.ssa A. LOBOSCO

Il presente allegato è
composto di n. 12
fasciole.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1508

Patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016. Articolo 1, commi 728 - 731, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Recepimento dell'accordo con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) – Puglia, la Città metropolitana di Bari e l'Unione delle Province d'Italia (UPI) – Puglia.

L'Assessore al Bilancio, avv. Raffaele Piemontese, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente dell'ufficio Bilancio e confermata dal dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria, riferisce quanto segue.

Come noto, ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica, gli enti di cui al comma 1 dell'articolo 9 della legge 24 dicembre 2012, n. 243, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 707 a 734 dell'articolo unico della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione.

Con la legge 12 agosto 2016, n. 164 sono state introdotte importanti modifiche ed integrazioni alla legge 24 dicembre 2012, n. 243; in particolare l'equilibrio di bilancio delle regioni, dei Comuni, delle province, delle Città metropolitane e delle province autonome di Trento e di Bolzano è assicurato se, sia nella fase di previsione che di rendiconto, è conseguito un saldo non negativo, in termini di competenza, tra le entrate finali e le spese finali, come eventualmente modificato ai sensi dell'articolo 10 della succitata legge 24 dicembre 2012, n. 243.

Ai fini del concorso al contenimento dei saldi di finanza pubblica, in base all'articolo 1, comma 710, della legge 28 dicembre 2015, n. 208: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016), le regioni devono conseguire un saldo non negativo, in termini di competenza, tra le entrate finali e le spese finali, tenendo conto degli spazi finanziari ceduti agli locali del proprio territorio ai sensi dei commi 728, 730, 731 e 732 dell'articolo unico della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) e di quanto stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016 sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni, con la quale le regioni, al fine di raggiungere gli obiettivi di finanza pubblica per l'esercizio 2016, si impegnano a conseguire un risultato positivo dei saldi di competenza finanziaria di cui all'articolo 1, comma 710, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, secondo gli importi indicati nella tabella n. 1 allegata all'intesa stessa. Trattasi di specifico contributo destinato alla riduzione del debito delle regioni per complessivi 1,9 miliardi di euro previsto dal comma 683, dell'articolo 1, della legge 28 dicembre 2015 per compensare, parzialmente, la riduzione delle risorse trasferite alle regioni per l'anno 2016 ai sensi dell'articolo 46 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66. Tale compensazione determina, per quanto attiene agli effetti in termini di indebitamento netto, il conseguimento da parte delle regioni di un risultato positivo del saldo di competenza di cui al predetto comma 710 secondo gli importi indicati nella tabella 1 allegata all'intesa che per la regione Puglia ammonta a 154,901 milioni di euro.

Il riformato contesto normativo presenta però ancora rilevanti criticità che possono così riassumersi:

- mancata considerazione dell'avanzo di amministrazione, almeno per la parte vincolata, quale voce di entrata rilevante ai fini del saldo ovvero alla esclusione della corrispondente spesa ove con essa finanziata;
- mancata esclusione dal saldo rilevante ai fini del pareggio di bilancio del cofinanziamento regionale degli interventi cofinanziati dall'Unione Europea;
- parziale coerenza tra le nuove regole di finanza pubblica e l'armonizzazione contabile basata sulla competenza finanziaria cd. "potenziata" che non consentono chiaramente di definire l'avvio di una politica economica regionale di tipo espansivo.

Con riferimento ai cd. **Patti di solidarietà**, i commi da 728 a 731 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), hanno confermato la disciplina previgente introdotti al fine di favorire gli investimenti degli enti locali mediante meccanismi di flessibilità **orizzontale** e **verticale** a livello regionale.

Più precisamente ai sensi dell'articolo 1, comma 728, della succitata legge 28 dicembre 2015, n. 208 le regioni possono autorizzare gli enti locali del proprio territorio a peggiorare il saldo, in termini di competenza, tra le entrate finali e le spese finali **al fine di consentire esclusivamente un aumento degli impegni di spesa in conto capitale**, purché sia garantito l'obiettivo complessivo a livello regionale mediante un contestuale miglioramento, di pari importo, del medesimo saldo dei restanti enti locali del territorio regionale e della regione stessa.

Il comma 729 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, inoltre, stabilisce che la cessione degli spazi finanziari da parte delle regioni agli enti locali del proprio territorio sono assegnati tenendo conto prioritariamente delle richieste avanzate dai Comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti e dai Comuni istituiti per fusione a partire dall'anno 2011.

Il successivo comma 730 stabilisce nel 30 aprile 2016 e nel 30 settembre 2016 i termini perentori entro i quali le regioni Comunicano agli enti locali interessati i saldi obiettivo rideterminati ai sensi del comma 728 e al Ministero dell'economia e delle finanze, con riferimento a ciascun ente locale e alla stessa regione, gli elementi informativi occorrenti per la verifica del mantenimento dell'equilibrio dei saldi di finanza pubblica anche con riferimento a quanto disposto dal comma 731.

Ai sensi del comma 731, agli enti locali che **cedono** spazi finanziari è riconosciuta, nel biennio successivo, una modifica migliorativa del saldo di cui al comma 710 della legge n. 208/2015, commisurata al valore degli spazi finanziari ceduti, fermo restando l'obiettivo complessivo a livello regionale. Agli enti locali che **acquisiscono** spazi finanziari, nel biennio successivo, sono attribuiti saldi obiettivo peggiorati per un importo complessivamente pari agli spazi finanziari acquisiti. La somma dei maggiori spazi finanziari concessi e attribuiti deve risultare, per ogni anno di riferimento, pari a zero.

Al fine di attivare il patto regionalizzato è stato avviato un confronto con le rappresentanze pugliesi dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) e dell'Unione delle Province d'Italia (UPI) e con la Città metropolitana di Bari che ha portato, in data 15 settembre 2016, a sottoscrivere l'allegato **l'accordo per l'attuazione del patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016**.

Per quanto attiene la possibilità che la Regione Puglia possa cedere spazi finanziari nell'ambito del patto regionalizzato "verticale", per le motivazioni innanzi espresse (criticità che la nuova modalità del concorso delle regioni al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica pone in capo alla programmazione e gestione finanziaria delle regioni), e preso atto dell'andamento dei dati di entrata e di spesa rilevanti ai fini del pareggio di bilancio e dalla mancanza di intervenute modifiche normative sostanziali nell'ambito della disciplina del pareggio di bilancio delle regioni cui conseguano maggiori margini di flessibilità nella gestione degli spazi finanziari rilevanti ai fini del pareggio di bilancio, si conferma l'impossibilità per la Regione Puglia di procedere, anche per la scadenza del 30 settembre 2016, alla attivazione del patto regionalizzato "verticale".

All'esito della suesposta istruttoria, si rimette alla Giunta regionale l'approvazione della presente proposta in materia di patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016 con riferimento.

- al recepimento dell'accordo sottoscritto con ANCI Puglia, Città metropolitana di Bari ed UPI Puglia in data 15 settembre 2016 per l'attuazione del patto regionalizzato per l'esercizio 2016;
- all'impossibilità, per la regione Puglia, di procedere alla cessione di spazi finanziari in favore dei propri enti territoriali e di attivare, pertanto, il cd. patto regionalizzato di tipo "verticale" per l'esercizio 2016.

A tal fine la presente deliberazione verrà notificata, a cura della Sezione Bilancio e Ragioneria, alle rappresentanze regionali di Anci ed Upi ed alla Città Metropolitana di Bari per gli adempimenti conseguenti.

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

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

Tutto ciò premesso e considerato l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale che rientra nelle competenze della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 4, lettera a), della legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'avv. Raffaele Piemontese, Assessore al Bilancio;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal dirigente del Servizio Bilancio e dal dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di fare proprio e recepire l'accordo sottoscritto in data 15 settembre 2016 con ANCI Puglia, Città metropolitana di Bari ed UPI Puglia, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto, ai sensi del quale viene data attuazione per l'anno 2016 al patto regionalizzato di cui ai commi da 728 - 731 dell'articolo unico della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).
2. di stabilire, per le motivazioni riportate nelle premesse alla presente deliberazione, che allo stato attuale permane l'impossibilità per la regione Puglia di procedere alla cessione di spazi finanziari in favore dei propri enti territoriali e di attivare, quindi, il cd. patto regionalizzato di tipo "verticale" per l'esercizio 2016.
3. di demandare ad apposita determinazione dirigenziale del dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria il riparto tra le Province, Città metropolitana di Bari ed i Comuni beneficiari degli spazi finanziari complessivamente ceduti dagli enti territoriali pugliesi da effettuarsi sulla base dei prospetti di riparto Comunicati da ANCI Puglia e UPI Puglia ai sensi del punto 7 dell'accordo sottoscritto in data 15 settembre 2016 con ANCI Puglia, Città metropolitana di Bari ed UPI Puglia;
4. di incaricare la Sezione Bilancio e Ragioneria di trasmettere la presente deliberazione al Ministero dell'Economia e delle Finanze — Ragioneria Generale dello Stato e all'ANCI Puglia, Città metropolitana di Bari ed UPI Puglia.
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 12 aprile 1994, n. 13.
6. di dichiarare a tutti gli effetti di legge la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano



Regione Puglia



Città
Metropolitana
di Bari

ACCORDO

*tra Regione Puglia, Anzi Puglia,
Città Metropolitana di Bari ed UPI Puglia*

per l'attuazione del

Patto di Stabilità "Regionalizzato"

per l'anno 2016

(articolo 1, commi 728-731, legge 28 dicembre 2015, n. 208)

Premessa

Ai sensi dell'articolo 1, comma 728, della legge 28 dicembre 2015, n. 208: "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2016) le regioni possono autorizzare gli enti locali del proprio territorio a peggiorare il saldo, in termini di competenza, tra le entrate finali e le spese finali **al fine di consentire esclusivamente un aumento degli impegni di spesa in conto capitale**, purché sia garantito l'obiettivo complessivo a livello regionale mediante un contestuale miglioramento, di pari importo, del medesimo saldo dei restanti enti locali del territorio regionale e della regione stessa.

Il comma 729 della succitata legge 28 dicembre 2015, n. 208, stabilisce che la cessione degli spazi finanziari da parte delle regioni agli enti locali del proprio territorio sono assegnati tenendo conto prioritariamente delle richieste avanzate dai comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti e dai comuni istituiti per fusione a partire dall'anno 2011.

Il comma 730 dell'articolo 1 della predetta legge n. 208/2015 stabilisce nel 30 aprile 2016 e nel 30 settembre 2016 i termini perentori entro i quali le regioni comunicano agli enti locali interessati i saldi obiettivo rideterminati ai sensi del comma 728 e al Ministero dell'economia e delle finanze, con riferimento a ciascun ente locale e alla stessa regione, gli elementi informativi occorrenti per la verifica del mantenimento dell'equilibrio dei saldi di finanza pubblica anche con riferimento a quanto disposto dal comma 731.

Gli spazi finanziari attribuiti e non utilizzati per impegni in conto capitale non rilevano ai fini del conseguimento del saldo di cui al comma 710.

Ai sensi del comma 731, agli enti locali che **cedono** spazi finanziari è riconosciuta, nel biennio successivo, una modifica migliorativa del saldo di cui al comma 710 della legge n. 208/2015, commisurata al valore degli spazi finanziari ceduti, fermo restando l'obiettivo complessivo a livello regionale. Agli enti locali che **acquisiscono** spazi finanziari, nel biennio successivo, sono attribuiti saldi obiettivo peggiorati per un importo complessivamente pari agli spazi finanziari acquisiti. La somma dei maggiori spazi finanziari concessi e attribuiti deve risultare, per ogni anno di riferimento, pari a zero.

Nel caso in cui alla attribuzione degli spazi finanziari agli enti locali richiedenti concorrano sia spazi ceduti dalla Regione che dagli altri enti locali, ai fini della determinazione del peggioramento, nel biennio successivo, dei saldi obiettivo per ciascun ente locale beneficiario, si considera attribuita a tal fine una percentuale degli spazi finanziari complessivamente assegnati a ciascun ente locale pari al rapporto tra il totale degli spazi finanziari ceduti dagli enti locali e l'ammontare degli spazi finanziari complessivamente ceduti dalla Regione e dagli enti locali nell'ambito della presente procedura.

Disposizioni attuative

Il presente accordo fa riferimento alle previsioni di cui ai commi da 728 a 731 dell'articolo 1 della legge 208/2015: "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2016). Ove non sia diversamente indicato, il riferimento alle Province è da intendersi riferito anche alla Città Metropolitana di Bari.

Regione Puglia, ANCI Puglia, Città Metropolitana di Bari ed UPI Puglia convergono quanto segue:

1. Gli spazi finanziari della Regione Puglia eventualmente ceduti ai sensi dell'articolo 1, commi 728 e 729, della 28 dicembre 2015, n. 208 tengono conto prioritariamente delle richieste avanzate dai comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti e dai comuni istituiti per fusione a partire dall'anno 2011.
2. Gli spazi finanziari ceduti dai Comuni vengono attribuiti ai Comuni che hanno fatto richiesta di spazi finanziari. Così, gli spazi finanziari ceduti dalle Province sono attribuiti

alle altre Province. Nel caso in cui in una delle due tipologie di enti (Comuni/Province) la complessiva offerta di spazi finanziari sia superiore alla complessiva richiesta, gli spazi finanziari che residuano sono attribuiti all'altra tipologia di ente.

3. Nella attribuzione degli spazi finanziari agli enti locali che ne fanno richiesta, si procede ad assegnare, fino ad esaurimento, dapprima gli spazi finanziari eventualmente ceduti dalla Regione e successivamente quelli messi a disposizione dagli altri enti locali.
4. Sono esclusi dalla partecipazione all'istituto del patto di stabilità regionalizzato, limitatamente alla richiesta di attribuzione di spazi finanziari, i Comuni che nell'anno 2015 non abbiano rispettato il patto di stabilità interno.
5. La Regione Puglia entro il termine del 23 settembre 2016 determinerà, con atto deliberativo, la eventuale quota del proprio di saldo tra entrate e spese finali in termini di competenza da cedere agli enti territoriali ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1, comma 728, della legge n. 208/2015.
6. Il riparto per singolo/a Comune/Provincia degli spazi finanziari resi disponibili dalla Regione Puglia ovvero dagli enti locali avverrà su base proporzionale:
 - a. in ragione dell'incidenza relativa dell'ammontare degli spazi finanziari richiesti da ciascun Comune/Provincia per aumento degli impegni di spesa in conto capitale rispetto al totale delle richieste a tale titolo di tutti gli enti per quanto attiene gli spazi finanziari ceduti dalla Regione;
 - b. in ragione dell'incidenza relativa dell'ammontare degli spazi finanziari richiesti da ciascun Comune/Provincia per aumento degli impegni di spesa in conto capitale rispetto al totale delle corrispondenti richieste di tutti i Comuni/Province per quanto attiene gli spazi finanziari da essi ceduti;Upi Puglia e la Città Metropolitana di Bari, sulla base di unanime accordo sottoscritto dagli enti associati all'Upi Puglia e dalla Città Metropolitana di Bari, possono derogare al predetto criterio di riparto.
7. Alla raccolta, alla valutazione, alla verifica della conformità ai requisiti richiesti dal presente accordo ed alla elaborazione delle istanze di attribuzione/cessione degli spazi finanziari provvedono, ciascuno per gli enti locali di riferimento ed a ogni effetto di legge, ANCI Puglia ed UPI Puglia (anche per la Città Metropolitana di Bari limitatamente alla raccolta ed elaborazione dell'istanza), ANCI Puglia ed UPI Puglia (anche per la Città Metropolitana di Bari), entro il termine del 27 settembre 2016, trasmettono a mezzo PEC al Servizio Bilancio e Ragioneria della Regione Puglia un elenco contenente l'indicazione degli enti che hanno ceduto spazi finanziari e i relativi importi nonché un elenco contenente l'importo, nei limiti delle quote di patto assegnate dalla Regione Puglia e dagli enti locali cedenti, degli spazi finanziari attribuiti a ciascun Comune o Provincia.
8. L'istanza di attribuzione/cessione degli spazi finanziari, da redigersi su modello conforme a quello in allegato al presente accordo, dovrà essere sottoscritta dal rappresentante legale pro-tempore, dal Segretario Generale e dal Responsabile del Servizio Finanziario.
9. Nell'istanza deve essere attestato: 1) che gli spazi finanziari assegnati saranno destinati ad aumento degli impegni di spesa in conto capitale con prioritario utilizzo, per quanto attiene a quelli riferibili alla cessione di spazi da parte della Regione Puglia, per gli interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione; 2) di aver rispettato il patto di stabilità interno nell'anno 2015 (solo per i Comuni); 3) che, ai sensi e per gli effetti del punto 12 dell'accordo stipulato in data 14 aprile 2015 tra Regione Puglia ed Anci e Upi Puglia, la differenza, nell'anno 2015, tra il saldo finale conseguito ai fini del rispetto del patto di stabilità interno e l'obiettivo rideterminato a seguito dello spazio finanziario ceduto dalla Regione non è superiore al 15% dello spazio finanziario richiesto.

10. Di stabilire che i Comuni e le Province a cui siano attribuiti spazi finanziari ai sensi del presente protocollo d'intesa non potranno fare richiesta di cessione di spazi finanziari nell'ambito della procedura prevista dei commi 728 e 731 dell'articolo 1 della legge 208/2015.
11. Di stabilire che i Comuni e le Province cui sono stati attribuiti spazi finanziari devono attestare entro il 28 febbraio 2017 l'avvenuto rispetto dei requisiti previsti per l'ammissibilità e la destinazione delle richieste, allegando idonea documentazione.
12. Di stabilire che i Comuni e le Province cui sono stati attribuiti spazi finanziari che, a consuntivo, certifichino una differenza tra il saldo finale conseguito ai fini del rispetto del patto di stabilità interno e l'obiettivo rideterminato a seguito dello spazio finanziario ceduto dalla Regione o dagli altri enti locali in base al presente accordo superiore al 15% dello spazio finanziario richiesto, sono esclusi dalla possibilità di richiedere spazi finanziari nell'ambito del patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2017.

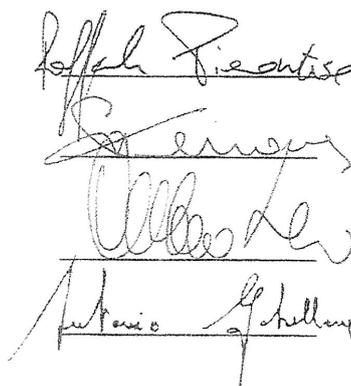
Bari, 15 SET. 2016

Per la Regione Puglia, L'Assessore al Bilancio
(Raffaele Piemontese)

Per ANCI Puglia, Il Presidente (Luigi Perrone)

Per la Città Metropolitana di Bari,
Il Sindaco Metropolitano (Antonio Decaro)

Per UPI Puglia, Il Presidente (Antonio Maria Gabbione)



(su carta intestata del Comune /Provincia)

PATTO DI STABILITÀ REGIONALIZZATO – ANNO 2016Istanza di attribuzione/cessione di spazi finanziari
in attuazione dell'art. 1 commi 728-731, della legge 28.12.2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016)

All'ANCI Puglia / UPI Puglia

I sottoscritti:

- _____ Sindaco/Presidente;
- _____ Segretario Generale;
- _____ Responsabile del servizio finanziario;

preso atto del contenuto dell'accordo stipulata in data ____/09/2016 tra Regione Puglia e ANCI Puglia, Città Metropolitana di Bari, UPI Puglia

COMUNICANO

l'importo dello spazio finanziario che SI CEDE nell'ambito della procedura di cui ai commi 728 - 731 della legge 28.12.2015, n. 208	€ _____ (in cifre)
	€ _____ (in lettere)

ovvero

l'importo dello spazio finanziario che SI RICHIEDE nell'ambito della procedura di cui ai commi 728 - 731 della legge 28.12.2015, n. 208	€ _____ (in cifre)
	€ _____ (in lettere)

A tal fine dichiarano (solo per gli enti che formulano richiesta di attribuzione di spazi finanziari):

- a) che il Comune ha rispettato il patto di stabilità nell'anno 2015;
- b) che il Comune alla data del 31.12.2014 aveva una popolazione fino a 1.000 abitanti (depenare ove non ricorre la circostanza);
- c) che il Comune è stato istituito per fusione a partire dall'anno 2011(depenare ove non ricorre la circostanza);

d) che, ai sensi e per gli effetti del punto 12 dell'accordo stipulato in data 14 aprile 2015 tra Regione Puglia, ANCI ed UPI Puglia, il Comune/Provincia ha conseguito nell'anno 2015 i seguenti risultati:

Saldo finale del patto di stabilità interno 2015	(a)
Obiettivo patto di stabilità interno rideterminato a seguito attribuzione spazi finanziari nell'ambito del patto regionalizzato anno 2015	(b)
DIFFERENZA	$(c) = (a) - (b)$
Spazio finanziario richiesto nell'ambito del patto regionalizzato 2015	(d)
Percentuale (%)	$(e) = (c) / (d) * 100$
e che pertanto non è incorso nella causa di esclusione dal patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016 prevista dal predetto punto 12 dell'accordo stipulato in data 14 aprile 2015 tra Regione Puglia, ANCI ed UPI Puglia:	

e) che gli spazi finanziari eventualmente assegnati saranno esclusivamente destinati ad aumento degli impegni di spesa in conto capitale con prioritario utilizzo, per quanto attiene a quelli riferibili alla cessione di spazi da parte della Regione Puglia, per gli interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari e del Fondo sviluppo e coesione.

Li. _____

In fede

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA
 Il presente allegato è composto da
 _____ (SEI) _____
 facciate



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1509

DGR n. 1731/2015. Rettifica ed integrazione.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, vista la predisposizione dei progetti da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) riferisce quanto segue.

Preso atto che la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, nella seduta del 20 febbraio 2014, ha sancito l'Accordo (Rep. Atti n. 13/CSR), sulle Linee Progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 3434 bis, della Legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del PSN 2006/2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, al quale occorre fare riferimento, che riconosce quale obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli di assistenza (LEA) nel rispetto delle caratteristiche fondanti del servizio stesso ;

Considerato che con la DGR n. 1731/2015 si è proceduto all'approvazione dei progetti regionali riferiti alle somme relative all'esercizio 2013, predisposti dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES);

Preso atto che l'ARES, successivamente alla verifica dei competenti tavoli ministeriali giusta nota del Ministero della Salute prot. 0023368-P-08/08/2016, ha proceduto ad effettuare le integrazioni richieste.

Considerato che tali integrazioni non modificano né i progetti né il quadro economico totale di € 108.140.052,00 e che tale somma risulta già iscritta correttamente nel bilancio regionale e nei bilanci delle aziende sanitarie nell'esercizio di competenza.

Considerato che il presente provvedimento integrativo corredato delle Schede di Progetto, costituisce requisito essenziale per l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 20 febbraio 2014 e per la conseguente erogazione del saldo finanziario.

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

1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei Servizi
 - Cure Primarie
 - Farmacia dei Servizi
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
 - Modello assistenziale di gestione dei "Percorsi Diagnostico Terapeutici" e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia
 - Progetto BPCO riacutizzazioni
3. Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato- Regioni del 10 febbraio 2011
 - Progetto Riabilitativo Individuale
4. Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di minima coscienza di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011
 - Unità Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
 - Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza a favore di anziani non autosufficienti
6. Tutela della fragilità e contrasto delle disuguaglianze in sanità
 - Unità medico assistenziale itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente
7. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa e specialistica
 - Rete Regionale delle Cure Palliative Domiciliari
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
 - La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino
9. Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della rete dei tumori rari
 - Potenziamento Rete Malattie Rare
10. Tutela della maternità —percorso nascita-parto analgesia
 - L'assistenza in gravidanza in consultorio
11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali
12. implementazione dei percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale
13. implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV.
 - Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia
14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
 - Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.
 - Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive;
16. Sviluppo degli strumenti del Governo Clinico e della valutazione della Qualità e della Sicurezza delle prestazioni — Risk Management
 - Programma Regionale Sicurezza e Rischio clinico

17. Implementazione del “Codice Etico” nelle Aziende Sanitarie

18. Piano Nazionale della Prevenzione

19. Superamento OPG e Salute Mentale

20. Sicurezza nei luoghi di lavoro

Preso atto che l’Accordo del 20 febbraio 2014 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l’anno 2013, che sono stati rispettati;

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, l’Assessorato con il supporto tecnico dell’Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione) i cui importi sono così riepilogati:

LINEA PROGETTUALE	Importo euro
1	€ 17.173.316,00
1	€ 2.000.000,00
2	€ 14.338.652,00
2	€ 1.000.000,00
3	€ 1.533.865,00
4	€ 3.451.197,00
5	€ 3.834.663,00
6	€ 3.451.197,00
7	€ 7.669.327,00
8	€ 3.067.730,00
9	€ 4.218.129,00
10	€ 2.300.798,00
11	€ 3.067.730,00
12	€ 1.150.399,00
13	€ 1.150.399,00
14	€ 1.150.399,00
15	€ 3.067.730,00
16	€ 7.669.327,00
17	€ 769.483,00
18	€ 18.406.384,00
19	€ 6.135.462,00
20	€ 1.533.865,00
Totale	€ 108.140.052,00

Copertura finanziaria ai sensi del D.lgs. 118/2011

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

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art.4, comma4, lettera k) l’adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e Strategia e dal competente Direttore di Dipartimento

DELIBERA

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

1. Di approvare le schede di progetto — di cui all'allegato n. 1 al presente atto — parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato- Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 13/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2013, pari ad € 108.140.052,00;
2. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza;
3. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia;
4. Di pubblicare la presente Deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

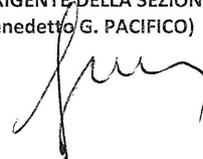
**DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

ALLEGATO 1

Il presente allegato è composto
di n. 58 pagine inclusa la presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Benedetto G. PACIFICO)



ALLEGATO n. 1

1) *Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei Servizi*

1. Riorganizzazione dell'assistenza primaria
2. Farmacia dei Servizi

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 1
TITOLO DEL PROGETTO	Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 17.173.316,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nell'ambito dei Sistemi Sanitari più evoluti l'organizzazione della Rete Ospedaliera si orienta sempre più verso un <i>Modello Hub & Spoke</i>.</p> <p>E' un processo di reingegnerizzazione complesso che prevede prioritariamente la chiusura dei piccoli ospedali e si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di <i>Integrazione nella Rete</i>.</p> <p>La chiusura dei piccoli, e nel caso della Puglia anche piccolissimi ospedali, ha generato tensioni nelle comunità superate attraverso la comunicazione dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando loro soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;</i> ▪ <i>costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;</i> ▪ <i>promuovendo la prevenzione.</i>
DESCRIZIONE	<p>Attraverso l'emersione delle maggiori criticità è stato possibile <i>"lavorare sui problemi e sulle priorità"</i>.</p> <p>Tutto ciò si è reso possibile a seguito del lavoro analitico di conoscenza dell'assistenza distrettuale e l'analisi dei fattori che rallentano il sistema dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Integrata.</p> <p>Attraverso questa programmazione operativa sono stati sviluppati strumenti, procedure e percorsi necessari per sostenere la trasformazione del sistema in modo da realizzare con efficacia l'integrazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere una relazione organica con i Servizi Sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici.</p> <p>Proposte di riorganizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>migliorare il rapporto con i cittadini;</i> ▪ <i>costruire nuove forme di reciprocità sociale;</i> ▪ <i>ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;</i>



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;</i> ▪ <i>garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;</i> ▪ <i>individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;</i> ▪ <i>sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.</i>
OBIETTIVI	<p>Il D.Lgs. 502/92 non fornisce riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei Distretti in Italia deve "garantire una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa intensità della popolazione residente, disponga diversamente".</p> <p>All'art. 3, comma 1-bis, dello stesso decreto, si sancisce che la competenza di articolare l'Azienda Unità Sanitaria Locale in Distretti è del Direttore Generale, nell'ambito dell'atto aziendale, sulla base dei criteri indicati dalle Regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali.</p> <p>Si tratta di riferimenti di massima che, tuttavia, devono essere riconsiderati in un alveo più rigido in modo da garantire quanto già espresso in precedenza e che sinteticamente ribadiamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il governo della domanda (ruolo di committenza: valutare quali servizi per quali bisogni, quali funzioni per quali servizi e quante persone per quanti bisogni) e la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). ▪ l'omogeneità, l'equità e la prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale; ▪ i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto Socio Sanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovra distrettuali territoriali. <p>Affinché queste azioni possano trovare un riferimento amministrativo e normativo è necessario avviare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Regolamento per l'accreditamento istituzionale della funzione distrettuale; 2. Linee Guida per l'organizzazione della Struttura Complessa "Cure Primarie" e per le aggregazioni multi professionali; 3. Linee Guida regionali per la definizione della funzione di Committenza: <ul style="list-style-type: none"> o processo di budget; o attività di valutazione e monitoraggio degli indicatori del sistema; o il sistema di reporting multidimensionale dei risultati; o la gestione per processi: strumenti e metodologie; o l'organizzazione del settore Long-Term-Care: la gestione delle patologie croniche attraverso la medicina d'iniziativa del Chronic Care Model. <p>Le azioni programmate</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Riorganizzazione delle Reti Assistenziali delle Cronicità e Intensità di cure: reumatologica, ipertensione arteriosa,...</i> • <i>Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari ad intensità di cure</i> • <i>Regolamento organizzativo delle Cure Palliative</i> • <i>Riorganizzazione dell'assistenza diabetologia</i> • <i>Regolamento di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera e di Assistenza Residenziale territoriale.</i> • <i>Regolamento organizzativo del dipartimento di salute mentale:</i> è allo studio un documento a cura del Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza il sistema della Salute Mentale in Puglia. Il documento è coordinato con quanto verrà assunto in merito alla riorganizzazione territoriale dei Distretti SocioSanitari; • <i>Riorganizzazione dei poliambulatori specialistici ambulatoriali:</i> secondo lo standard previsto per i Poliambulatori specialistici ambulatoriali - 2° - 3° livello;



	<p>Le proposte di riorganizzazione dei Distretti Socio Sanitari: partendo da questo documento di studio e da altri opportunamente redatti, e forniti al decisore politico, verranno assunte decisioni in merito al riassetto territoriale dei Distretti, alla loro rifunzionalizzazione e alle risorse necessarie per superare la criticità legata al volume e alla qualità dell'offerta in questa fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Progetto pluriennale
RISULTATI ATTESI	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 <i>Integrazione nella Rete</i> .
RELAZIONE 2012	<p>L' Assistenza Primaria in Puglia L'Assistenza Distrettuale</p> <p>Il processo di rafforzamento della rete distrettuale e delle cure primarie è stato avviato con l'adozione del Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, di organizzazione dei distretti sociosanitari, e con l'approvazione della DGR n. 691 del 12 Aprile 2011, concernente le Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, con cui si dettano indicazioni operative alle ASL ed agli Enti Locali ai fini della presa in carico degli utenti complessi e multiproblematici, attraverso l'implementazione della Porta Unica di Accesso e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.</p> <p>È volontà dell'Assessorato che le proposte di Riorganizzazione dell'Assistenza Distrettuale, così come sancita dai LEA, devono essere, necessariamente, elaborate nell'ambito di un ampio progetto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale che deve vedere allineate e funzionalmente contigue altre macrostrutture territoriali, dipartimentali e sovra distrettuali e le strutture ospedaliere.</p> <p>Infatti, all'interno del più ampio processo di riorganizzazione, orientato alla conferma e potenziamento della dimensione universalistica del Sistema Sanitario Regionale, sono state delineate, le politiche di salute e i relativi obiettivi prioritari attraverso i documenti di pianificazione che hanno definito il sistema regionale pugliese di "protezione sociale e sanitaria a rete".</p> <p>Tali obiettivi prioritari necessitano di una rifunzionalizzazione del sistema distrettuale in termini di competenze umane e di tecnologie.</p> <p>Le risorse umane, soprattutto devono essere adeguate, ricollocate in maniera più omogenea e coerente con i bisogni espressi dalle comunità di riferimento distrettuale e riqualificate per fornire risposte di qualità, appropriate, efficaci ed efficienti.</p> <p>Interventi da attuare:</p> <p>Attraverso l'emersione delle maggiori criticità che abbiamo dettagliato è stato possibile "lavorare sui problemi e sulle priorità". Tutto ciò si è reso possibile a seguito del lavoro analitico di conoscenza dell'assistenza distrettuale e l'analisi dei fattori che rallentano il sistema dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Integrata.</p> <p>Attraverso questa programmazione operativa saranno sviluppati strumenti, procedure e percorsi necessari per sostenere la trasformazione del sistema in modo da realizzare con efficacia l'integrazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere una relazione organica con i Servizi Sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici.</p> <p>Il sistema portante di tutta la rifunzionalizzazione dell'assistenza distrettuale ruota intorno alla valutazione e alla ridefinizione, numerica e qualitativa, di un'adeguata <i>dotazione di competenze</i>.</p> <p>La ricaduta sul numero, sulla qualità dei servizi e sull'efficacia dell'assistenza è automatica e certa.</p> <p>Proposte di riorganizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • migliorare il rapporto con i cittadini; • costruire nuove forme di reciprocità sociale; • ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari; • mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;



- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.

Azioni preliminari alla riorganizzazione distrettuale

Il D.Lgs. 502/92 non fornisce riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei Distretti in Italia deve **"garantire una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa intensità della popolazione residente, disponga diversamente"**.

All'art. 3, comma 1-bis, dello stesso decreto, si sancisce che la competenza di articolare l'Azienda Unità Sanitaria Locale in Distretti è del Direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, *sulla base dei criteri indicati dalle Regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali*.

Si tratta di riferimenti di massima che, tuttavia, devono essere riconsiderati in un alveo più rigido in modo da garantire quanto già espresso in precedenza e che sinteticamente ribadiamo:

- *il governo della domanda (ruolo di committenza: valutare quali servizi per quali bisogni, quali funzioni per quali servizi e quante persone per quanti bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).*
- *l'omogeneità, l'equità e la prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale;*
- *i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto Socio Sanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovra distrettuali territoriali.*

Affinché queste azioni possano trovare un riferimento amministrativo e normativo è necessario avviare un processo di consenso sugli atti già descritti ampiamente nel punto "Assistenza Primaria":

- Regolamento per l'accreditamento istituzionale della funzione distrettuale;
- Linee Guida per l'organizzazione della Struttura Complessa "Cure Primarie" e per le aggregazioni multi professionali;
- Linee Guida regionali per la definizione della funzione di Committenza:
 - *processo di budget;*
 - *attività di valutazione e monitoraggio e gli indicatori del sistema;*
 - *Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati;*
 - *La gestione per processi: strumenti e metodologie;*
 - *L'organizzazione del settore Long-Term-Care: la gestione delle patologie croniche attraverso la medicina d'iniziativa del Chronic Care Model.*

Le azioni programmate

- Regolamento organizzativo dell'assistenza riabilitativa:
è stato deliberato un documento redatto all'interno del Tavolo Tecnico del Servizio PAOS dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza tutta la funzione riabilitativa affidandone la responsabilità ad un Dipartimento, al fine di ottimizzare le risorse e migliorare la qualità delle cure;
- Regolamento organizzativo del dipartimento di salute mentale:
è allo studio un documento a cura del Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza il sistema della Salute Mentale in Puglia. Il documento è coordinato con quanto verrà assunto in merito alla riorganizzazione territoriale dei Distretti SocioSanitari;
- Riorganizzazione dei poliambulatori specialistici ambulatoriali:
secondo lo standard previsto per i Poliambulatori specialistici ambulatoriali
- 2° - 3° livello;



	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione dell'assistenza consultoriale: Contestualmente alla riorganizzazione territoriale, una delle criticità da superare è la dinamica dei centri consultoriali diffusi in maniera disomogenea sul territorio e la loro capacità di offerta. La funzione sarà valutata all'interno del processo di costruzione dei criteri per l'accreditamento istituzionale; • Le proposte di riorganizzazione dei Distretti SocioSanitari: partendo da questo documento di studio e da altri opportunamente redatti, e forniti al decisore politico, verranno assunte decisioni in merito al riassetto territoriale dei Distretti, alla loro rifunzionalizzazione e alle risorse necessarie per superare la criticità legata al volume e alla qualità dell'offerta in questa fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale <p>Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma</p> <p>Per gli Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma si fa riferimento a tutti i seguenti punti già trattati in questo documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologie di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie; • Assistenza primaria; • Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012; • La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologie di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie. <p style="text-align: center;"><i>L'Assistenza primaria</i></p> <p>Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012</p> <p>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 <i>Integrazione nella Rete</i>.</p> <p>La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza; • costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.; • promuovendo la prevenzione. <p>I tre macro livelli di assistenza, Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero, e Sistema della Prevenzione, devono poter contare e ottimizzare la propria programmazione Nazionale ma soprattutto Regionale e locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti percentualmente previsti (44% Ospedale, 5% prevenzione, 51% servizi distrettuali).</p> <p>La certezza dei finanziamenti è una delle questioni determinanti per il consolidamento della <i>Rete</i> e del protagonismo territoriale.</p> <p>Sono necessari provvedimenti chiari, forti, e stabili. Anche prevedendo, a livello locale, soluzioni radicali di separazione gestionale e amministrativa tra Sistema dell'offerta Territoriale e Sistema dell'offerta Ospedaliera, in modo da assegnare ai due risorse definite e finalizzate a obiettivi LEA sostenibili e chiari.</p> <p>Tuttavia l'integrazione tra i due sistemi, ancora in una fase critica, si deve realizzare sui livelli di produzione integrata e condividendo specifici strumenti organizzativi.</p> <p>All'interno di questo quadro, diventa indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, cent
--	--



	<p>percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico;</p> <ul style="list-style-type: none">• abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro. <p><i>La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologie di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie</i></p> <p>L'iniziativa intende consolidare il ruolo gestionale del Direttore di Distretto Socio Sanitario attraverso l'esplicitazione di tutte le funzioni di governo delle attività territoriali:</p> <p>programmazione, monitoraggio, valutazione e controllo, organizzazione dei servizi distrettuali, gestione dei rapporti con MMG, PLS e CA, l'attuazione delle norme contrattuali, la gestione complessiva delle Cure Primarie e di tutta la produzione sanitaria e sociosanitaria.</p> <p>Il territorio è un macrosistema organizzato ancora più complesso di quello ospedaliero in quanto deve far convivere, al suo interno, numerosi e importanti attori professionali, portatori di competenze specifiche, strutturati attraverso differenti rapporti contrattuali con il Servizio Sanitario Regionale.</p> <p>Non soltanto i privati convenzionati, ma anche i MMG e PLS, i Medici di Continuità Assistenziale e dell'Emergenza 118, i Medici Specialisti dei Poliambulatori e altri (veterinari, psicologi, biologi ecc.)</p> <p>Il processo di monitoraggio, valutazione e controllo deve essere inteso non solo come sviluppo di una gestione efficace, ma anche come una dinamica di consolidamento dell'identità produttiva.</p> <p>Soprattutto, nella costruzione delle Cure Primarie, devono essere affrontati e risolti gli aspetti legati alla committenza ed alla produzione valorizzando, quindi, la funzione gestionale e la funzione di interfaccia con la committenza aziendale, partendo proprio dall'art. 1 della Legge 189/2012.</p> <p>Il tema della gestione dei flussi informativi, supportati dalle tecnologie informatiche, in ambito sanitario prevede l'acquisizione di competenze tecniche sempre più elevate che permettano di organizzare, implementare e monitorare il delicato processo di rilevazione di dati attendibili, della loro conservazione e del rispetto dei tempi di trasmissione.</p> <p>All'interno dei temi sopracitati è obiettivo generale la realizzazione di documenti finalizzati alla definizione di standard organizzativi relativi all'assistenza distrettuale.</p> <p>D'intesa con il Tavolo Tecnico Regionale dei Rappresentanti delle Conferenze Aziendali dei Distretti Socio Sanitari e con il coinvolgimento di tutti gli altri Direttori di Distretto si stanno definendo i protocolli necessari per costruire l'organizzazione funzionale e gli standard organizzativi del D.S.S..</p> <p>Tali documenti saranno oggetto di costruzione all'interno di "gruppi di lavoro" formati dai Direttori di Distretto, referenti di livello nazionale, tecnici dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AgeNaS) e referenti professionali coinvolti a seconda delle materie trattate.</p>
--	--



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 1
TITOLO DEL PROGETTO	Farmacia dei Servizi
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.000.000,00
--------------------------------	----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il presente progetto, prendendo atto di quanto definito dal D.Lgs. 153/09 per la Farmacia dei Servizi, vuole sperimentare e realizzare le attività previste dal predetto Decreto.</p> <p>Infatti per contribuire a migliorare la qualità della vita dei pazienti, garantirne la continuità assistenziale, ottimizzare la spesa sanitaria ed ottenere da un farmaco, con la piena aderenza alle cure prescritte, la massima efficacia, è necessaria una corretta interazione sanitaria in cui riveste un ruolo di primaria importanza la Farmacia dei Servizi.</p> <p>L'obiettivo principale è far sì che la Farmacia dei Servizi diventi per il cittadini pugliesi un punto di accesso al SSN e un efficace strumento di prevenzione e di aderenza alle cure (monitoraggio dell'assunzione dei medicinali, corrette informazioni sanitarie, gestione professionale dell'autoanalisi, prestazioni tipo CUP, infatti nelle 4 province in cui il servizio è attivo sono state effettuate 919.000 prenotazioni – Bari 345.000, Brindisi 140.000, Bat 212.000, Taranto 222.000, ritiro referti ed ADI).</p> <p>I risultati attesi il contenimento dell'uso improprio dell'ospedale e il miglioramento dello stile di vita dei cittadini coinvolti.</p> <p>Chiaramente lo sviluppo nella legislazione relativa alla Farmacia pone la necessità di offrire una formazione adeguata ai farmacisti, in particolare in merito ad aspetti sanitari, al fine di intercettare utenti a rischio di sviluppare patologie croniche e migliorare l'aderenza terapeutica di pazienti conclamati.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di farmacie coinvolte nell'erogazione delle prestazioni e numero di prestazioni effettuate, almeno per quelle prestazioni previste dagli OBTV definiti dal D.Lgs. - Numero di farmacisti coinvolti nella formazione, avviata a livello regionale
OBIETTIVI	<p>Realizzazione dell'attività di coordinamento e gestione delle seguenti prestazioni: CUP, ritiro referti, pagamento ticket sanitari, ADI, <i>con il raggiungimento di almeno uno degli OBTV sopra specificati.</i></p> <p>Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie della Regione Puglia.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro 12 mesi</p> <p>Realizzazione dell'attività di coordinamento e Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie della Regione Puglia.</p>
RELAZIONE 2012	<p>A tal proposito si evidenzia che presso le farmacie delle province di Brindisi, Barletta-Andria-Trani è partito un progetto sperimentale che mira a valutare l'impatto della farmacia dei servizi sulla prevenzione del diabete di tipo 2.</p> <p>La sperimentazione, partirà con la formazione dei farmacisti (accreditati).</p>



	<p>residenziale e Fad).</p> <p>Quindi l'attività sul campo, declinata su due fronti: da un lato lo screening degli individui a rischio, attraverso la somministrazione in farmacia di questionari per la diagnosi precoce (ai quali il farmacista, di propria iniziativa, potrà far seguire anche un test per la glicemia); dall'altro il monitoraggio dell'aderenza terapeutica da parte dei pazienti, attraverso strumenti e modalità operative che verranno definite a tempo debito da un comitato scientifico.</p> <p>Infatti «La diagnosi precoce» consente l'intervento in tempo utile su stile di vita e farmaci più adeguati, consente di prevenire le complicanze e produce vantaggi enormi sul piano della salute e sulla sostenibilità delle cure. Affidare tali attività alle farmacie del territorio significa innescare un circolo virtuoso attraverso il quale il sistema sanitario può governare i costi, soprattutto in caso di patologie dall'incidenza sociale alta.</p>
--	---



2) **Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche**

1. Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.
2. Progetto BPCO riacutizzazioni

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 2
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 14.338.652,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

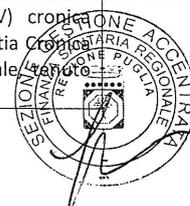
CONTESTO	<p>Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'<i>Ospedale al Territorio</i> rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento per ragioni assai lontane dalle logiche tecniche e di evidenza scientifica.</p> <p>I tre macrolivelli di assistenza <i>Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero e Sistema della Prevenzione</i> dovrebbero ottimizzare la propria programmazione a livello regionale e aziendale locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti previsti.</p> <p>All'interno di questo quadro, diventa indispensabile un sistema regionale che possa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona • Guidare e orientare il cittadino all'interno della complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico • Abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.
DESCRIZIONE	<p>In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata una particolare attenzione alla realizzazione di azioni importanti per sostenere l'obiettivo "Cure Primarie". Attraverso l'Accordo Regionale della Medicina Generale, pubblicato sul BURP del 18 gennaio 2008, la Regione Puglia ha costruito un modello di governo delle Cure Primarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I MMG in Puglia sono n. 3.319; ▪ L'ambito di riferimento in cui si sviluppa il modello dell'associazionismo medico è quello Distrettuale; ▪ I Distretti Socio Sanitari in Puglia sono n. 45, la media della popolazione per distretto è 83.259 con una punta massima di 320.000 e una minima di 41.996; ▪ Il numero dei comuni in Puglia è 258; ▪ I 45 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea alternando situazioni ad altissima densità demografica concentrata in grossi comuni, per lo più nella fascia costiera centrale, ad altre che presentano bassa densità demografica, disseminate, o, altro, in piccoli comuni e frazioni;



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La popolazione di riferimento è quella assistita dai MMG residente che ammonta a 2.849.554 su un totale di 4.078.476 (anno di riferimento 2010). <p>Il Piano di Rientro 2010/2012 e successivo Programma Operativo. 2013/2015, si è rivelato una opportunità per questa Regione che è riuscita, infatti, a implementare al meglio nel territorio forme di <i>assistenza primaria</i> in grado di garantire una gestione ottimale dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche e a lungo termine.</p> <p>Il <i>Disease and Care Management</i> (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico "dei fabbisogni complessi" di salute del paziente. L'intervento è basato sul rapporto fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono la collaborazione di Infermieri/Care manager specificamente formati alle tecniche del coaching.</p> <p>Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi governati dal MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> -verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento) -valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia) -definizione degli obiettivi di salute -impostazione e sviluppo del Piano di Cure personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale) -monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute -formazione del paziente -ricorso appropriato ai servizi.
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto, alla sua seconda annualità, si prefigge di</p> <p>OBTV Generico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estendere per ciascun medico aderente al progetto il numero di pazienti affetti da patologie croniche da coinvolgere nel processo della presa in carico secondo il Progetto Care Puglia • estendere il progetto anche negli altri Comuni sede di processo di disattivazione/riconversione ospedaliera non ancora coinvolti nella prima annualità <p>OBTV Specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali • Favorire l'aderenza al follow-up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza • Evitare il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato • Contenere i tempi di attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali. • Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione. <p>La Scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e sviluppata nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arruolamento dei pazienti affetti da patologie croniche: Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad alto Rischio Cardio Vascolare, Scompenso Cardiaco, BPCO e Sindrome Metabolica - Responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano di Cure <p>II Semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prime analisi dei dati prodotti
INDICATORI	<p>1. Estensione del numero dei MMG in ciascuno dei comuni nei quali il progetto</p>



	<p>stato avviato</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Per ciascun MMG aumento del n. pazienti con una o più delle patologie croniche individuate e inserite nel progetto di presa in carico 3. Estensione del progetto agli altri comuni sedi di stabilimenti ospedalieri, oggetto di riconversione, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei MMG
<p>RELAZIONE 2012</p>	<p>Nei 22 Comuni pugliesi interessati dal Riconversione delle strutture ospedaliere, a seguito del piano di riordino, sono state previste forme organizzate di Cure Primarie in un'ottica di offerta multi professionale.</p> <p>L'obiettivo generale è quello di offrire servizi in grado di promuovere <i>setting</i> assistenziali appropriati.</p> <p>I 49 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea con differenze epidemiologiche, demografiche ed orografiche del territorio regionale e della conformazione degli ambiti territoriali distrettuali e dei servizi sanitari censiti.</p> <p>Si è ritenuto opportuno suddividere grossomodo il territorio della Regione Puglia nelle seguenti "macro zone":</p> <ul style="list-style-type: none"> o Zona Nord: coincidente con il territorio della ASL FG, che conta n. 61 comuni (di cui 13 superano 10.000 Ab.) e che presenta una criticità specifica relativa soprattutto alla numerosità dei comuni piccoli presenti, tra l'altro, in zone disagiate e deprivate come i monti Dauni, il Gargano e le isole Tremiti; o Zona Centro: coincidente con il territorio delle AASSLL di BT e BA, che in "soli" n. 51 comuni (41 ASL BA e 10 ASL BT, di cui 8 non superano 10.000) somma 1.638.512 Ab., (40% del totale) in comuni di media e grande dimensione con specifiche esigenze in merito alla distribuzione dei servizi ed all'offerta sanitaria; o Zona Sud: coincidente con il territorio delle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, il cosiddetto "Grande Salento", che solo nella provincia di Lecce conta 97 comuni (cui "solo" 13 superano 10.000) dislocati su un territorio vasto, anche se meno problematico in termini di viabilità rispetto alla zona nord, e che richiede soluzioni legate alla fruibilità dei servizi ed alla prossimità delle cure totalmente differenti rispetto alla prime due zone. <p>La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata programmata anche sulla scorta dell'evidenza mostrata dai dati dei ricoveri degli ospedali in riconversione, successivamente raccolti ed analizzati nell'allegato alla Delibera DG AReS n. 175/2011, che metteva in luce l'inappropriatezza del <i>setting</i> assistenziale del ricovero ospedaliero rispetto ai bisogni manifestati dai residenti dei Comuni coinvolti nel processo di rifunionalizzazione delle strutture.</p> <p>In continuità con tutte le azioni intraprese per avviare il cambiamento di sistema del Servizio Sanitario Regionale, l'AReS ha chiesto alla Giunta Regionale l'autorizzazione all'utilizzo di risorse finanziarie proprie per avviare un modello assistenziale per la gestione dei pazienti cronici, già sperimentato nella ASL di Lecce con il Progetto denominato "Leonardo".</p> <p>AReS Puglia ha messo a punto un piano di implementazione dello stesso modello assistenziale che, nella sua prima fase di attuazione, è stato denominato "Progetto Nardino" (stessa Delibera D.G. n. 175/2011) e nella fase successiva, di implementazione su tutto il territorio regionale, "Progetto Care Puglia", con l'obiettivo di rendere ordinario il modello assistenziale del Chronic Care su tutto il territorio regionale</p> <p>Il Piano di implementazione del modello prevede il graduale coinvolgimento, attraverso tre distinte fasi, delle aggregazioni mono professionali della Medicina Generale e delle Strutture Distrettuali attraverso l'attivazione degli ambulatori infermieristici e degli ambulatori delle cronicità.</p> <p>Il modello assistenziale adottato si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model.</p> <p>Le patologie croniche, diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scopenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sono le prime ad essere entrate nel percorso assistenziale a conto della loro maggiore prevalenza.</p>



	<p>Principio fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti, soprattutto nei collegamenti tra Territorio-Ospedale-Territorio (chi fa che cosa?), e la forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di integrazione multi professionale.</p> <p>Si tratta di applicare il protocollo di presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso l'introduzione della figura dell'Infermiere Care Manager nelle forme evolute di associazionismo medico e nel Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale, già previsto all'interno dell'organizzazione del Distretto dal Regolamento regionale n. 6/2011.</p> <p>Elemento innovativo è l'Infermiere Care Manager (CM), una figura professionale per molti aspetti nuova che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente, che svolge funzioni di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente.</p> <p>Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, Care Manager e specialisti territoriali ed ospedalieri, si migliora l'aderenza ai percorsi diagnostico – terapeutici - assistenziali, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici.</p> <p>L'obiettivo generale, in questo modo si realizza attraverso percorsi assistenziali appropriati che consentono di procrastinare il più possibile l'insorgenza di co morbidità e, quindi, lo stato di non autosufficienza che presuppone setting assistenziali ad alta intensità.</p> <p>La prima fase, ancora in corso, prevede il coinvolgimento dei 20 Comuni interessati dalla riconversione delle Strutture Ospedaliere. In questa fase è prevista l'assegnazione degli infermieri.</p> <p>La seconda fase, già avviata, coinvolge tutti i Comuni che compongono i 16 Distretti Socio Sanitari interessati dalla riconversione degli Ospedali.</p> <p>Nella terza fase, il "Chronic Care Model" viene proposto come modello standard di riferimento, da estendere su tutto il Territorio Regionale, attraverso il coinvolgimento dei restanti 33 Distretti, in modo da consolidare e diffondere il modello ordinario di Gestione dei Protocolli Diagnostico- Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per la presa in carico della Persona affetta da patologia a lungo termine.</p> <p>L'ipotesi prevista dalla terza fase è quella di avviare nelle sedi scientifiche ed istituzionali preposte, comprese quelle sindacali, un programma che, attraverso la condivisione del modello, l'analisi dei risultati del progetto (prima e seconda fase) possa essere implementato su tutto il territorio regionale in maniera sistemica.</p> <p>Le tipologie organizzative già previste nel Programma "Care Puglia" e più coerenti con l'organizzazione distrettuale rilevata sul territorio regionale, attraverso le quali attuare il protocollo di presa in carico, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale; ▪ modello basato sulle Case della Salute o Centri Territoriali di Assistenza; ▪ modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale. <p>Tuttavia, si tratta di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e monoprofessionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP); ▪ Unità Complessa Cure Primarie (UCCP); ▪ Nuclei Cure Primarie (NCP); ▪ Casa della Salute; ▪ Centri di Assistenza Primaria (CAP); ▪ Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT); ▪ Presidi Territoriali di Assistenza (PTA); ▪ Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD). <p>I primi risultati riportati nelle tabelle che seguono, pur essendo confortanti ed</p>
--	---



	<p>con le esperienze internazionali e nazionali, potranno essere valutati a medio termine, quando il processo di presa in carico delle persone arruolate sarà strutturato e consolidato.</p> <p>Tuttavia, si tratta di un modello assistenziale, "Chronic Care Model" (CCM), i cui risultati sono stati abbondantemente evidenziati da numerosi studi scientifici effettuati negli Stati Uniti d'America dove il modello è stato attuato a partire dal 2001.</p> <p>Il modello concettuale del CCM si basa essenzialmente sulla costruzione di una forte integrazione tra il paziente (informato e attivato nei confronti della sua condizione clinica) ed il team degli operatori (preparati e attivamente impegnati in interventi di prevenzione e promozione della salute).</p> <p>Recentemente, l'organizzazione "Pan American Health Organization" ha pubblicato un rapporto in cui viene fatto il punto sulla diffusione nell'intero continente americano di tale modello assistenziale. Il rapporto medesimo, infatti, evidenzia come ormai il modello è universalmente diffuso (dal Canada al Perù, passando per gli USA e per gli altri stati del Centro America). Il rapporto, inoltre, mette in luce le esperienze più avanzate nei diversi paesi presi in esame e di ciascuno di essi illustra in modo analitico gli specifici campi in cui il CCM ha trovato applicazione.</p> <p>Il dibattito sul modello di presa in carico delle cronicità e delle fragilità è su tutti i tavoli delle Società Scientifiche, del Ministero della Salute e per il suo tramite dell'Agenzia Nazionale Sanitaria (AgeNaS). Un dibattito che ha generato modelli assistenziali che, anche in Italia, si sono tradotti in numerose esperienze sul campo, in alcuni casi già avanzate e consolidate, come ad esempio quella attuata in Toscana dalla ASL di Arezzo. I risultati di tali esperienze sono stati presentati in un confronto avvenuto presso l'Università Bocconi di Milano, dove l'AReS è stata chiamata a esporre il progetto assieme ad altre sei regioni che sperimentano analoghi percorsi di assistenza e presa in carico. I dati presentati dalla ASL di Arezzo, per questo già citata, sono particolarmente incoraggianti in quanto, avendo già attuato il CCM da più di tre anni, ha presentato risultati lusinghieri (agli atti di questa Agenzia sono disponibili le slide della presentazione).</p> <p>In Puglia, la necessità di avviare forme e modalità di implementazione del CCM, nasce dall'acuirsi di criticità diverse sia di natura demografica che epidemiologica. Il quadro epidemiologico, infatti, è in profonda evoluzione e si sostanzia attraverso l'emersione di una nuova epidemia globale: la cronicità e l'invecchiamento della popolazione.</p> <p>La valutazione degli indicatori di processo e di esito di tali sperimentazioni, sebbene realizzati in contesti differenti, indicano che:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il modello organizzativo favorisce il coordinamento dell'assistenza tra i professionisti sanitari e fa migliorare la relazione con il paziente; ▪ I care managers beneficiano della relazione fiduciaria tra medico di famiglia e paziente, rafforzandola poi con il loro ruolo di sostegno e supporto; ▪ E' altissima la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti (MMG, CM, Specialisti e Pazienti); ▪ Il modello assistenziale è efficace nel migliorare i comportamenti salutari e gli outcome psicosociali e clinici dei pazienti; ▪ Il modello di presa in carico dei pazienti promuove una adeguata adesione alle Linee guida ed ai Protocolli assistenziali; ▪ Il progetto dimostra il valore della personalizzazione del piano assistenziale. <p>Un'ultima considerazione riguarda i riflessi sulla riduzione dei rischi per i pazienti cronici nelle cure territoriali, garantita dal processo di presa in carico dei pazienti e dalla gestione secondo PDT e protocolli assistenziali disegnati per la cronicità.</p> <p>L'analisi dei risultati permette di affermare che questo nuovo modello organizzativo può garantire vantaggi a tutti gli attori del sistema sanitario.</p> <p>I risultati del Progetto Leonardo sono stati pubblicati in uno speciale del Sole24ore Sanità e sono stati oggetto di numerosissime comunicazioni scientifiche e pubblicazioni in ambito nazionale ed internazionale. In virtù dei risultati ottenuti, al Progetto Leonardo è stato conferito il 1° Premio assoluto per la sezione Educare alla salute nella VIII Edizione del Forum P.A. 2008 ed è stato "Progetto Segnalato" nella ed. 2008 del Premio nazionale "T. Terzani per l'Umanizzazione della Medicina".</p> <p>D'altra parte, già a un anno dall'avvio del Progetto Nardino sono stati riscontrati</p>
--	--



incrementi notevoli nel raggiungimento degli obiettivi prefissati dal profilo di cure impostato attraverso la procedura di presa in carico dei pazienti diabetici, con scompenso cardiaco e con rischio cardiovascolare attraverso il CCM. Tutti i parametri considerati dagli indicatori d'esito dimostrano risultati favorevoli: essi sono costantemente monitorati attraverso il software di gestione e sono verificabili in tempo reale.

Proprio sulla scorta dei risultati derivanti dalla sperimentazione del Progetto Leonardo e dalla pressante richiesta di cambiamento del sistema cosiddetto prestazionale, questa Agenzia Regionale ha chiesto alla Giunta Regionale di proseguire nella attuazione del modello assistenziale CCM, sistema della presa in carico, nei comuni in cui era presente una struttura ospedaliera da riconvertire, dando vita al "Progetto Nardino".

Si sta valutando, inoltre, attraverso opportune procedure di linkage, il possibile collegamento tra la base di dati del progetto e la Banca Dati Assistiti (B.D.A.) contenente tutti gli eventi sanitari dentro e fuori Regione riconducibili al singolo soggetto presenti nel sistema informativo regionale Edotto.

Tale collegamento riveste particolare rilevanza per il differenziale e complementare contributo informativo fornito dalle due banche dati.

Infatti:

- il Sistema Informativo del progetto consente la disponibilità di dati puntuali, ad hoc, raccolti direttamente, face-to-face, da personale addestrato con procedure e strumenti validati e standardizzati su un campione rappresentativo della popolazione pugliese;
- la Banca Dati Assistiti BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute, attraverso il record linkage delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Fornisce un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche.

La disponibilità di una Banca Dati Assistiti (BDA) contenente tutti gli eventi sanitari (dentro e fuori Regione) riconducibili al singolo soggetto rappresenta un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche. La BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute attraverso il record linkage delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Attraverso l'incrocio delle informazioni fornite da BDA con l'archivio informativo del Care Puglia sarà possibile stimare l'impatto, in termini economici e di adeguatezza dei percorsi assistenziali, dei pazienti presi in carico dal programma. I dati sotto riportati sono stati elaborati con la collaborazione della Fondazione Mario Negri Sud.

Ad una prima analisi grezza l'uso di risorse di tale gruppo di popolazione è risultato mediamente maggiore rispetto alla popolazione di controllo per tutte le voci di spesa considerate:

- circa 3 volte per la spesa farmaceutica territoriale
- 1,8 volte per la specialistica
- 1,6 volte per la spesa ospedaliera

I dati confermano il conseguimento di un primo obiettivo del programma Care Puglia (ed una verifica dei criteri di inclusione) ovvero la presa in carico di pazienti che, a causa delle loro particolari condizioni di salute, sono esposti ad un maggior carico assistenziale

Questa tipologia di valutazione necessita di consolidamento, monitoraggio, osservazione longitudinale per un periodo di tempo adeguato (3-5 anni) per poter valutare efficacia, efficienza e qualità dei programmi di intervento, la loro sostenibilità economica e gestionale e, soprattutto, la loro ricaduta in termini di salute-benessere.

E' utile ribadire che il raffronto, allo stato, è possibile all'interno della popolazione arruolata in quanto non vi sono modelli in Puglia, altrettanto complessi e



	<p>standardizzati di presa in carico delle cronicità.</p> <p>Tuttavia, all'inizio dell'anno 2013 è stato messo a punto un manuale per svolgere le attività di audit, verifica, monitoraggio e valutazione di processo e di esito del Progetto, attraverso un protocollo standardizzato e la procedura è stata da poco attuata nei primi Distretti coinvolti.</p> <p>Lo strumento utilizzato per il monitoraggio e la valutazione dei risultati, relativi all'attuazione del modello assistenziale, è un software gestionale in dotazione all'équipe di cura che permette di registrare su una Scheda di Valutazione del Paziente tutti i dati relativi alla presa in carico.</p> <p>Le informazioni raccolte all'interno del software diventano patrimonio sia dell'équipe di cura che del "Comitato Tecnico Scientifico per il monitoraggio e la valutazione del modello Chronic Care Model", Deliberazione AREs n. 176 del 6 settembre 2012. L'obiettivo generale è quello di consolidare uno strumento utile alla raccolta e all'analisi dei dati per la lettura del fenomeno e, di conseguenza, per la programmazione regionale.</p> <p>L'Agenzia si è dotata di un software dedicato alla gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche, utile per l'intero processo clinico-assistenziale sin dalla fase iniziale di presa in carico globale della persona autosufficiente e non.</p> <p>Il software è stato concepito in modo da interfacciarsi con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale "EDOTTO". Attualmente è allo studio la modalità di trasferimento del software nel Sistema Informativo in modo che diventi il trentacinquesimo applicativo di "EDOTTO" e consolidi la procedura digitale di presa in carico secondo il Chronic Care Model.</p>
--	---

Care Puglia: i primi risultati		
Pazienti presi in carico		n.
Femmine		1109
Maschi		965
Totale		2074
Pazienti presi in carico per fasce d'età		
Anni	n.	%
< 25	13	0,63
26 - 35	26	1,25
36 - 45	65	3,13
46 - 65	776	37,41
> 65	1.194	57,57
Totale	2.074	100
Pazienti presi in carico per Patologia*		
Anni	n.	%
Diabete tipo I	91	4,07
Diabete tipo II	921	41,21
Rischio MCV	730	32,66
Scopenso Cardiaco	26	1,16
Rischio Diabetico	34	1,52
BPCO	161	7,20
MCV conclamata	272	12,17

GENERALITÀ

* N.B. il numero complessivo dei pazienti arruolati è inferiore al numero totale delle patologie, trattandosi di procedure in atto in fase di chiusura

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 2
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto Riacutizzazioni in BPCO



DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.000.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La prevalenza della BPCO (casi su 100.000 abitanti) nel mondo si attesta intorno al 8,9% (Viegi et. coll. – ERJ 2007).</p> <p>In Europa intorno al 7,4% (Halbert RJ et coll. - ERJ 2006) e, secondo i dati del White Book ERS 2013 tra il 5 e il 10%.</p> <p>I dati OSMED 2009 rilevano in Italia una prevalenza intorno al 5%: sarebbe al sesto posto tra le malattie croniche, secondo i dati ISTAT 2010.</p> <p>La prevalenza sarebbe maggiore nelle regioni del sud (al primo posto troviamo la Calabria con il 6,5 %) e minore in quelle del nord (all'ultimo posto troviamo la Liguria con il 3,1%). I dati OSMED 2012 rilevano una prevalenza del 3,5%.</p> <p>In Puglia (Fonte Demostat 2011) si stima che più di 86.000 pazienti oltre i 45 anni di età siano affetti da BPCO.</p> <p>I dati del Progetto Quadro, relativi al 2008, mostrano una prevalenza del 3,1% in Puglia (9% in stadio funzionale GOLD I, 36% in GOLD II, 39% in GOLD III, 16% in GOLD IV): il 24% erano fumatori, il 40% ex-fumatori, il 36% ex fumatori.</p> <p>La mortalità nel mondo per patologia cronica respiratoria si attesterebbe intorno al 7% (Strong et coll. – Lancet 2005), mentre scende al 5,8% considerando la sola BPCO (dati WHO 2011), attestandosi al quarto posto come causa di morte dopo la cardiopatia ischemica, le malattie cerebrovascolari e le infezioni delle basse vie respiratorie (WHO report on the global tobacco epidemic 2008).</p> <p>In Italia la mortalità si attesterebbe tra l'1,5% e il 2,4%.</p> <p>In Puglia nel 2012 sono stati dimessi 6301 pazienti (rispetto ai circa 12.000 del 2008) con DRG 088, con 9,8 giorni di degenza media (rispetto ai 9,7 del 2008), con un costo DRG per paziente di 2.266,00 euro (rispetto ai 2345 euro del 2008).</p> <p>Nei maggio 2011 è stato elaborato e deliberato un PDT (Percorso Diagnostico terapeutico) per il trattamento e la gestione della BPCO (Broncopolmonopatia Cronica Ostruttiva), di recente aggiornato, allo scopo di rispondere in maniera più efficace ed appropriata ai bisogni dei pazienti in tema di prevenzione e trattamento degli episodi di riacutizzazione della BPCO.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Progetto consiste nello svolgere un' indagine osservazionale, supportata dall'utilizzo di una Piattaforma, diffusa a tutte le U.O. della Regione, le cui informazioni verranno integrate con i flussi amministrativi regionali (ospedalizzazioni, utilizzo di antibiotici, aderenza alla terapia, appropriatezza rispetto al paziente che riacutizza). Ciò dovrebbe consentire la produzione di lavori scientifici e la attuazione di misure di politica sanitaria regionale adeguate.</p>
OBIETTIVI	<p>Redazione di un Documento: detta attività prevede l'avvio di un tavolo di lavoro con lo scopo di governare le attività e per definire un'analisi integrata delle informazioni provenienti dalla Piattaforma con i flussi amministrativi regionali, tramite un esaustivo documento riepilogativo.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre Presentazione della piattaforma e successiva formazione per l'utilizzo della stessa</p> <p>Entro il secondo semestre Redazione di un Documento riepilogativo contenente informazioni provenienti dalla Piattaforma e integrate con i flussi amministrativi. Presentazione dei dati.</p>
INDICATORI	<p>a) Storia di riacutizzazioni nell'anno precedente b) Compilazione questionario CAT e mMRC c) Calcolo della fascia di gravità (GOLD 2013)</p>



	d) Definizione di eventuale terapia antibiotica prescritta
RISULTATI ATTESI e RELAZIONE 2012	Rispondere in maniera efficace ed appropriata ai bisogni dei pazienti in tema di prevenzione e trattamento degli episodi di riacutizzazione della BPCO. Relazione: Essendo il progetto ancora in corso, i dati sono ancora in fase di elaborazione.



3) **Implementazione piano di indirizzo per la Riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011**

1. Progetto Riabilitativo Individuale

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 3
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto Riabilitativo Individuale
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.533.865,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La "riabilitazione domiciliare" si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e rappresenta il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito si inserisce il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).</p> <p>Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio, ossia un modello di assistenza che consente al paziente di rimanere a casa nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui si ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo.</p> <p>Le attività di riabilitazione domiciliare fanno capo al sistema organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e rientrano nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.</p>
DESCRIZIONE	Con la DGR n. 933 del 10 maggio 2011 la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.
OBIETTIVI	L'obiettivo del progetto, alla sua terza annualità , consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro sei mesi Completamento dell'attività formativa</p> <p>Entro sei mesi Relazione finale con i dati di attività</p>
INDICATORI	- N. dei pazienti presi in carico



	- Attività di formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso
RISULTATI ATTESI	La finalità del progetto è quella di garantire la "continuità terapeutica": integrazione tra ospedale – strutture extraospedaliere e territorio.
RELAZIONE 2012	<p>Nel corso dell'anno 2012 è stata monitorata, in particolare, e sono disponibili le informazioni della ASL Lecce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visite fisiatriche erogate dagli ambulatori ASL 35267 - Visite fisiatriche domiciliari erogate dalle Strutture convenzionate ex art. 26 2804 - Visite ambulatoriali erogate dalle Strutture come sopra 2650 - Visite fisiatriche erogate dalle strutture convenzionate ex art. 25 (ambulatori specialistici Medicina Fisica e Riabilitazione convenzionate) 8748 - Visite fisiatriche ambulatoriali erogate dalla Az. Ospedale Tricase 3450 <p>Riguardo alla stesura dei PRI, all'interno del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di Lecce (parte pubblica) vengono redatti esclusivamente da Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione.</p> <p>Per le Strutture private convenzionate ex art. 25 vale la stessa situazione (solo fisiatři); solo per due Strutture ex art. 26 (Istituto Santa Chiara e Istituto Padri Trinitari) e limitatamente ad alcuni casi di Riabilitazione Neuropsichica dell'età evolutiva i PRI per prestazioni ambulatoriali vengono redatti da uno specialista in Neuropsichiatria Infantile, per un totale complessivo di tali PRI pari a circa 150/200.</p> <p>Il numero di PRI redatti da fisiatři è equivalente al numero di visite fisiatriche sopra riportate per le strutture ex Art. 26 ed ex Art. 25 (queste ultime sarebbero a rigore programmi di fisioterapia e non progetti), e quindi $2804 + 2650 + 8748 = 14202$</p> <p>Per quanto attiene alle visite fisiatriche effettuate dagli ambulatori ASL (35267) si ritiene orientativamente che circa il 40% delle stesse produca un PRI o controlli lo svolgimento di un PRI ovvero circa 14.100.</p> <p>Tale ragionamento è estensibile anche all' Azienda Ospedaliera di Tricase con la precisazione che circa la metà delle visite (1725), producono un programma di fisioterapia (Ex Art. 25).</p> <p>Sono ancora in corso di elaborazione tutti gli altri dati.</p>



4) Implementazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 4
TITOLO DEL PROGETTO	Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.451.197,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata, in studi a valenza regionale, su 18-20 nuovi casi per milione di abitanti per anno. Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielo lesione traumatica l'anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici. L'attuale situazione regionale determina due componenti principali: <ul style="list-style-type: none"> • l'avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato • l'incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale.
DESCRIZIONE	Le risorse vengono attribuite in maniera tale che possano essere potenziate le risorse umane, quelle strumentali, nonché i percorsi formativi per il personale della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
OBIETTIVI	- Rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all'assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l'assetto organizzativo - Condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo Semestre - Formazione ed addestramento del personale Secondo Semestre - Elaborazione e condivisione di criteri di accesso, di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza (strutture riabilitative di 1° e 2° livello), di procedure cliniche ed organizzative - Potenziamento dell'attività della USU implementata
INDICATORI	- Numero di pazienti assistiti in USU - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti mielolesi rivolta al personale reclutato



RISULTATI ATTESI	L'acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l'attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell'assistenza nelle attività riabilitative.
RELAZIONE 2012	<p>La Unità Operativa Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione a Direzione Universitaria con l'articolazione dell'Unità Spinale Unipolare è l'unica struttura pubblica di Neuro riabilitazione in Puglia specializzata nella presa in carico riabilitativa delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita (cod.75) e mielolesione (cod.28), in regime di ricovero ordinario, diurno (Day Hospital) e in regime ambulatoriale.</p> <p>Per quanto riguarda le persone con grave cerebro lesione acquisita, <i>nell'anno 2012 sono state ricoverate 49 persone con Grave Cerebrolesione Acquisita di cui 10 con diagnosi di Stato Vegetativo Persistente e 15 in Stato di Minima Coscienza</i>, provenienti dalla Rianimazione, dalla Neurochirurgia e dal territorio (domicilio o strutture residenziali territoriali) per la presa in carico riabilitativa e in alcuni casi anche per una definizione diagnostica e terapeutica mediante valutazione clinica e strumentale. A tal proposito sono state impiegate le apparecchiature di neurofisiologia (EEG, Potenziali Evocati Multimodali per il monitoraggio elettrofisiologico dei pazienti cerebrolesi con alterazioni dello stato di coscienza) acquisite in precedenza (OC 105751, OC 105746, OC 105741, OC 105736) e per l'analisi cinematica computerizzata.</p> <p>Durante tale periodo si è provveduto alla piena utilizzazione di tutte le altre apparecchiature acquisite di recente, con un breve periodo di training con l'apporto di tecnici specializzati. A tale azione ha preso parte tutto il personale della UOC. I dirigenti medici hanno svolto un'importante azione nell'ambito della selezione dei pazienti da avviare ai trattamenti riabilitativi che hanno richiesto la piena utilizzazione di apparecchiature qui di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apparecchio robotico per la rieducazione del cammino assistito con allevio del carico corporeo; - Apparecchio robotico per la rieducazione degli arti superiori; - Apparecchiatura dell'analisi del passo e del movimento; - Pedana Propriocettiva per la rieducazione disturbi dell'equilibrio; - n 2 Cicloergometri per tetra paretici con turbe della coscienza; - n 4 cicloergometri ed apparecchiatura per elettroterapia funzionale. <p>Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale <i>sono state erogate 43.737 prestazioni, 33.662 prestazioni nei confronti degli utenti esterni.</i></p> <p>Per quanto riguarda l'attività svolta a favore delle UUOO dell'Azienda Policlinico sono state erogate 10.751 prestazioni.</p> <p>In collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale sono previsti Audit Mensili con la partecipazione di esperti di altre regioni su problematiche neuro riabilitative.</p> <p>Con l'aiuto del Direttore della UOC di Anestesia e Rianimazione, è in via di formalizzazione la stesura di un protocollo definito per l'attivazione e gestione dei posti letto di terapia intensiva.</p> <p>Inoltre è stata affrontata la predisposizione di una cartella riabilitativa e della scelta delle scale di valutazione e di outcome.</p>

5) Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non Autosufficienza



1. **Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza favore di anziani non autosufficienti**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 5
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza a favore di anziani non autosufficienti
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE - Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.834.663,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Puglia ha attivato negli anni una diversificazione dei servizi a favore della non autosufficienza intendendo potenziare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, finalizzato al mantenimento c/o il proprio domicilio.</p> <p>A partire da quest'anno Da oggi sarà attivo il nuovo assegno di cura rivolto alle persone non autosufficienti, completamente rinnovato. Nuove le modalità di presentazione delle domande, vincolanti i criteri di accesso al beneficio, semplificata la procedura di concessione. Il nuovo assegno di cura sostituisce e comprende sia il vecchio assegno di cura per persone non autosufficienti, sia l'Assistenza Indiretta Personalizzata che erano stati già introdotti nel 2010. A deciderlo, le Linee guida redatte dall'Assessorato Regionale e rivolte ad Asl e Comuni, gli indirizzi operativi per la corretta gestione e informazione del nuovo strumento a sostegno della domanda di cura.</p> <p>In Puglia, infatti, esistevano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli assegni di cura per le persone con SLA • gli assegni di cura per non autosufficienti gravi • l'Assistenza indiretta personalizzata. <p>Adesso le procedure vengono semplificate e gestite quasi totalmente dalle Asl.</p> <p>Per gli Assegni di Cura per gravissimi non autosufficienti si registrano le maggiori novità. L'importo è unico, la stima dei possibili beneficiari è di circa 2550 pazienti non autosufficienti gravissimi, cui sarà assicurato il beneficio per almeno un biennio. Sono state definite in modo puntuale le patologie gravemente invalidanti che danno diritto di accesso al beneficio economico: richiederanno l'Assegno di Cura i pazienti in stato vegetativo, coma vigile o stato di minima coscienza assistiti a domicilio, tutti i malati gravi dipendenti da alimentazione indotta e respirazione assistita in modo continuativo e coloro che sono affetti da patologie rare, gravemente invalidanti, neurodegenerative o cronico-degenerative non reversibili (come ad esempio Sindrome di Rett, Corea di Huntington, ...).</p> <p>L'assegno di cura sarà assegnato al nucleo familiare del paziente non autosufficiente esclusivamente nell'ambito di un Progetto Assistenziale Individualizzato costruito in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), perché sia</p>
----------	---



	<p>l'assegno di cura non deve rappresentare la monetizzazione del diritto a cure domiciliari di qualità, ma la necessaria integrazione alla rete dei servizi assicurati da ASL e Comuni per sostenere il carico di cura di cui comunque si fa carico la famiglia.</p> <p>La procedura è a sportello, cioè ciascuna ASL esaminerà le domande in ordine temporale di arrivo, e ammetterà a finanziamento, facendo decorrere il beneficio economico dalla data di presa in carico in UVM. Solo in presenza di eventuali risorse residue, dopo la presa in carico di tutti i pazienti considerati prioritari perché più gravi, si valuterà in ciascuna ASL la possibilità di aprire le domande anche ad altre gravi condizioni di non autosufficienza.</p> <p>Per il 2013, infatti, l'indicatore atteso di copertura ADI per la Puglia passa dal 2,2% (2012) a un valore stimato di 2,8% (dati in corso di validazione).</p>
DESCRIZIONE	<p>Le aree prioritarie di intervento dei progetti a sostegno della domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti, sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare integrata • Percorsi di accesso e valutazione integrata (PUA-UVM): almeno una equipe dedicata per ciascun distretto; • Centri socio educativi e riabilitativi: integrazione scolastica e trasporto sociale disabili a fini riabilitativi.
OBIETTIVI	<p>OBTV QUALITATIVI Evitare o ritardare il ricovero in struttura di anziani non autosufficienti, prediligendo il mantenimento degli stessi presso il proprio domicilio.</p> <p>OBTV QUANTITATIVI Incrementare il numero di anziani non autosufficienti in carico con progetti di domiciliarità in lungo assistenza.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro la I annualità: Attivazione equipe dedicata per distretto</p> <p>Entro la II annualità: Attività formativa svolta</p>
INDICATORI	Numero di anziani non autosufficienti presi in carico nel 2013.
RELAZIONE 2012	<p>Dopo una proroga tecnica imposta dalla necessità di consentire la conclusione e l'invio delle domande già caricate su piattaforma telematica, tutte le Asl pugliesi sono impegnate nell'istruttoria delle circa 3800 domande pervenute da parte dei più gravi cittadini pugliesi non autosufficienti, cui è stata concessa una priorità nella presentazione delle domande (ad esempio comi vigili e stati vegetativi, malattie rare gravemente invalidanti, pazienti dipendenti dal respiratore o da peg, ecc...). In seguito le Asl dovranno completare la fase di istruttoria formale e amministrativa per conoscere il numero complessivo di domande complete nella documentazione e ammissibili perché effettivamente riferite a pazienti gravemente non autosufficienti sulla base di idonea certificata medica, giacché non è stata ammessa la documentazione attestante la semplice incidenza dell'invalidità, che nell'esperienza più diffusa degli ultimi anni, non consente di filtrare i più gravi.</p> <p>Saranno 2500 i pazienti che avranno accesso all'assegno di cura di 600 euro al mese, una volta completata anche la valutazione in Unità di Valutazione Multidimensionale: quindi molto rapidi i tempi rispetto alla precedente attivazione dell'assegno di cura, e un importante vincolo per le UVM, a definire per ciascun paziente un Piano di assistenza individualizzato che integri l'assegno di cura con prestazioni domiciliari, perché la famiglia non venga lasciata sola e perché l'assegno di cura non diventi strumento di monetizzazione dei diritti alle cure domiciliari, che Asl e Comuni devono consolidare. A questi 2500 pazienti si aggiungono i pazienti affetti da SLA, SMA e le poche altre patologie dichiarate affini, che ricevono un assegno di cura di 500, 1000 e 1100 euro in relazione allo stadio della malattia, e per i quali i termini di presentazione delle domande non sono mai sospesi, potendo presentare la domanda in qualunque momento dell'anno.</p>

6) Tutela della fragilità e Contrasto alle disuguaglianze in Sanità

1. Unità Medico-Assistenziale Itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 6
TITOLO DEL PROGETTO	Unità Medico-Assistenziale Itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.451.197,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p><i>"La Salute intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale."</i></p> <p>Da molti a.a. la letteratura scientifica invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano lungo il corso della vita, la salute così definita; se, infatti, le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere.</p> <p>Nonostante i Servizi Sanitari Nazionali e Regionali garantiscano la copertura sanitaria alle persone indigenti, senza fissa dimora, migranti, ecc. sia per quanto riguarda la patologia acuta (urgenza/emergenza) sia per quello che riguarda la diagnosi, la cura e la prevenzione della patologia cronico-degenerativa, molto spesso proprio i servizi per questo secondo gruppo di patologie risultano assolutamente carenti o meglio non accessibili.</p> <p>La causa di ciò dipende in gran parte dalla difficoltà oggettiva di queste persone ad accedere ai servizi sanitari a loro dedicati, a causa del fatto che queste persone hanno priorità diverse (sostentamento, mantenimento di posti di lavoro spesso precari e "non assicurati" ecc) rispetto al monitoraggio di condizioni morbose che nell'immediato potrebbero non creare problemi (diabete, ipertensione, igiene dentale ecc).</p>
DESCRIZIONE	<p>L'"Unità Medico-Assistenziale Itinerante" è un progetto specificatamente mirato ad erogare assistenza medica, a facilitare i percorsi assistenziali per le persone indigenti ed a creare un network tra strutture sanitarie, associazioni di volontariato, istituti religiosi o laici interessati al problema della povertà.</p> <p><i>Il progetto ha l'obiettivo di andare incontro alle possibili esigenze medico-sociali di pazienti e/o famiglie indigenti attraverso l'educazione e la prevenzione alla cura di sé, di promozione alla conoscenza e di facilitazione all'accesso ai servizi socio-sanitari.</i></p>



OBIETTIVI	<p>Le azioni sono finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorare le malattie cronico-degenerative (diabete, ipertensione ecc), da abuso di sostanze e di quelle condizioni morbose generalmente legate alla povertà che necessitano di accessi periodici a strutture sanitarie non sempre fruibili • Costruire e rafforzare i percorsi individuali di presa in carico e accompagnamento ad altri servizi dei soggetti socialmente esclusi nella prospettiva del reinserimento sociale • Promuovere la solidarietà da parte della comunità locale • Facilitare lo sviluppo di canali di comunicazione nel tentativo di razionalizzare le risorse territoriali dedicate alla popolazione indigente (istituzioni pubbliche, mondo del volontariato laico e cattolico) e favorire l'accesso alle cure e l'integrazione della stessa.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Arruolamento della popolazione e screening delle malattie cronico-degenerative-infettive e condizioni morbose legate alla povertà</p> <p>Cura e monitoraggio dei soggetti ammalati</p> <p>Analisi dei dati e pubblicazione.</p>
INDICATORI	<p>Indicatori Di Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • progressione temporale degli arruolamenti per l'esecuzione dei test di screening • valutazione del tasso di pazienti persi al follow-up diagnostico e terapeutico • realizzazione di almeno due eventi formativi/divulgativi <p>Indicatori Di Risultato</p> <ul style="list-style-type: none"> • raggiungimento degli obiettivi intermedi nei tempi previsti • analisi preliminare dei dati raccolti ad un anno • elaborazione di linee guida di gestione specifiche per la nostra regione • analisi costo/benefico.
RISULTATI ATTESI	<p>Con questo progetto si intende approfondire la ricerca delle caratteristiche individuali, familiari, di contesto e di status sociale, che si verificano in persone escluse cercando di fornire il necessario follow-up delle malattie degenerative e una possibilità di medicina preventiva "itinerante" che vada incontro a queste popolazioni.</p>
RELAZIONE 2012	<p>Sono stati arruolati 804 soggetti, di cui 24 di nazionalità italiana (indigenti), 780 immigrati; di questi ultimi, 759 immigrati hanno accettato di sottoporsi a screening per infezione da HBV, HCV, HIV.</p> <p>Trenta sette soggetti (4.98%) sono stati risultati HBsAg positivi e quindi portatori cronici di HBV e 24 immigrati (3.4%) sono risultati anti - HCV positivi.</p>



7) Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

1. Rete Regionale Delle Cure Palliative Domiciliari

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 7
TITOLO DEL PROGETTO	Rete regionale di cure palliative
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE - Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.669.327,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Puglia, riconosce ed afferma il diritto del malato di richiedere forme di tutela e di sostegno che, oltre ad evitare sofferenze inutili, valorizzino le risorse di cura della famiglia consentendo, anche ai cittadini più fragili, di rimanere al proprio domicilio e nel proprio contesto di vita. Il P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica.</p> <p>Attualmente, sul territorio regionale, sono attivi, sia in ambito residenziale che domiciliare, soggetti erogatori di cure palliative, pubblici e privati.</p> <p>Le equipe che erogano assistenza al domicilio garantiscono sia interventi di base, sia interventi specialistici in funzione della complessità clinica del malato. A queste attività si integrano quelle erogate in ambito di day hospice, di specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica.</p> <p>E' necessario ed opportuno giungere, attraverso apposite Linee guida regionali rimodulare la Rete Cure Palliative adattandola alle disposizioni previste dall' Atto d'Intesa del 25/7/2012, sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto si propone il potenziamento dell'intero sistema d'offerta dei servizi per la costruzione di una efficace rete in grado di garantire l' omogenea erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale e continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità.</p>
OBIETTIVI	<p>In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, a partire dal P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia, l'obiettivo che il progetto si pone è l'adozione di "Linee guida regionali" che oltre a delineare l'articolazione territoriale della rete cure palliative, definiscono gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico assistenza dei malati in fase terminale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE	Entro il primo semestre



(CRONOPROGRAMMA)	<p>Avvio Tavolo di confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore", per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire "Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia"</p> <p>Entro il secondo semestre</p> <p>Predisposizione provvedimento giuntale di approvazione di linee guida regionali per lo sviluppo della rete per le cure palliative.</p> <p>Realizzazione delle disposizioni giuntali che debbono prevedere l'articolazione territoriale della rete cure palliative (1 UOCP ogni 400.000 ab.), definire gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostici-terapeutici di presa in carico e assistenza dei malati in fase terminale.</p> <p>Strutturazione di due livelli funzionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uno Regionale per promuovere lo sviluppo della rete regionale di Cure Palliative, per monitorarne l'attività e per proporre programmi obbligatori di formazione per gli operatori dedicati alla rete di C.P. • uno Locale quale aggregazione funzionale ed integrata dei Soggetti pubblici e privati erogatori di tutte le attività assistenziali di cure palliative (Hospice, Ospedale, Day-hospice e Domicilio), in ciascun ambito territoriale definito a livello regionale..
INDICATORI	<p>- Numero di incontri Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore"</p> <p>- Redazione testo linee guida</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Assicurare, in ciascuna rete locale di C.P.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase avanzata potenziando i rapporti operativi fra il livello di base e quello specialistico delle Cure Palliative 2. percorsi semplificati, tempestivi e flessibili ma globali di accesso ai vari servizi, per il malato terminale. <p>Un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare una continuità di cura e, nel contempo, ridurre al minimo i casi di ricoveri inappropriati.</p>
RELAZIONE 2012	<p>E' stato effettuato un primo intervento formativo su un gruppo di 21 MMG "con speciale interesse in cure palliative", incaricati della formazione dei 335 colleghi sul territorio e di un'attività continuativa di valutazione dell'impatto formativo (Audit).</p> <p>"La normativa ha un approccio così innovativa", da richiedere un cambiamento culturale che solo un'adeguata formazione può favorire.</p> <p>Un primo importante traguardo raggiunto con questo tipo di attività, è stato l'incremento di visite cliniche specifiche per il dolore, che prima del progetto non rientravano nella pratica clinica del Medico di Medicina Generale e che hanno portato a diagnosticare e a tipizzare il dolore a 3820 pazienti, grazie all'impegno e al coinvolgimento dei Medici di Famiglia formati (4 su 5 hanno aderito e completato il ciclo di Audit), somministrando una terapia appropriata. Nella metà dei pazienti visitati è stato diagnosticato un dolore di tipo infiammatorio, in un terzo un dolore di tipo meccanico strutturale e in 1 paziente su 5 è stato identificato un dolore neuropatico. Sul totale dei pazienti tipizzati, 2725 sono stati inseriti dai MMG nel registro delle "early palliative care" con l'obiettivo di identificare precocemente i malati con bisogno di approccio palliativo come raccomandato dall'OMS. Di questi, solo il 28% è malato oncologico, mentre gli altri pazienti sono affetti da altre patologie, in primis di natura cardiovascolare (16%): un dato che fa riflettere, se si pensa che oggi in Italia le cure palliative sono erogate quasi esclusivamente ai malati oncologici.</p>



8) **Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali**

1. La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 8
TITOLO DEL PROGETTO	La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.R.e S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.067.730,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede l'applicazione di un set di indicatori per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero ospedaliero.</p> <p>Al fine di avviare il progetto è stata costituita una "Cabina di Regia Regionale" con il compito di definire l'impostazione del percorso e la gestione delle attività necessarie a raggiungere gli OBTV del progetto stesso.</p> <p>La stessa cabina ha costituito il gruppo di lavoro costituito dai referenti aziendali (individuato nel Responsabile dell'URP), incaricato di seguire l'attuazione delle attività nella propria Azienda, un rappresentante dei cittadini, definendo così il numero degli Ospedali da inserire nel progetto stesso.</p> <p>Inoltre sono stati coinvolti nelle attività le Associazioni (Comitati Consultivi Misti) per la loro competenza nelle valutazioni dell' Audit Civico.</p> <p>Un processo <i>partecipato</i> per la valutazione del grado di umanizzazione degli Ospedali Pubblici e Privati Accreditati, nel quale i cittadini svolgono un ruolo attivo e di garanzia rispetto ai dati raccolti, si inserisce come elemento qualificante del progetto di costruzione di un sistema di rilevazione di performance del Servizio Sanitario.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli <i>obiettivi specifici</i> del progetto sono: <i>costituzione di una cabina di regia regionale, individuazione delle strutture ospedaliere in cui svolgere l'attività di rilevazione; costituzione di equipe costituite da cittadini; attività di formazione; rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere da parte delle equipe costituite dai cittadini; elaborazione dei dati; programmazione dello svolgimento di assemblee pubbliche per la presentazione dei dati e delle proposte di miglioramento dell'umanizzazione.</i></p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	- N. di strutture sanitarie aderenti al progetto
RELAZIONE 2012	<p>Il percorso attuativo del progetto ha dato la possibilità di avere, per la prima volta, un quadro conoscitivo del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero a livello regionale, promuovendo una comune consapevolezza tra cittadini, professionisti e amministratori circa lo stato della situazione e in alcuni casi, avviando miglioramenti sul versante dell'umanizzazione delle strutture coinvolte.</p> <p>La partecipazione civica, concretizzatasi con l'adesione di circa 600 cittadini che, volontariamente e gratuitamente hanno partecipato all'iniziativa, è stata un elemento determinante per la realizzazione del progetto stesso.</p>

9) **Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari**

1. Potenziamento "Rete Malattie Rare"

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 9
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento "Rete Malattie Rare"
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 4.218.129,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

DESCRIZIONE	<p>Nel settembre 2012, con la pubblicazione della Delibera di Giunta Regionale la Puglia avvia il Sistema Informativo Malattie Rare della Regione (SIMaRRP) che mette in rete gli Ospedali e i Distretti Socio Sanitari (oltre 120 nodi).</p> <p>La scelta di consorzarsi con altre otto regioni che utilizzano lo stesso sistema operativo e che condividono know how e medesimi Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) consente di superare le barriere imposte dall'autonomia regionale in precedenza espressa, consente di mettere in rete una popolazione pari a circa 25 milioni di abitanti.</p> <p>Il Sistema poggia sul principio dell'appropriatezza diagnostica. La diagnosi effettuata in un Presidio della Rete genera una esenzione da parte del Distretto Socio Sanitario</p> <p>Una diagnosi corretta genera un codice di esenzione congruo e diritti esigibili determinati da PDT condivisi per 25 milioni di abitanti: per non dare tutto a tutti, ma quanto necessario a chi ne ha reale necessità.</p> <p>L'implementazione di tale sistema ha determinato nelle regioni con la maggiore e più antica tradizione un importante risparmio di risorse economiche del Sistema Sanitario e delle famiglie costrette in minor misura alla migrazione.</p> <p>La Puglia ha già registrato un dato di grande rilievo: nel 2007 gli esenti per malattie rare superavano le 50.000 unità. Oggi i pugliesi esenti sono circa 26.000. Considerato che tra le malattie rare del Decreto Ministeriale compare ancora la celiachia e che ne sono affetti circa 10.000 pugliesi, se ne deduce che i pugliesi con MR sono un esercito di circa 16.000 persone.</p> <p>Il SSIMaRRP: 13.830 persone inserite con modalità definitiva</p> <p>Il registro consente oggi:</p> <ul style="list-style-type: none"> di valutare esattamente di quali malattie rare sono affetti i pugliesi e come sono distribuiti sul territorio, di esercitare una programmazione sanitaria legata a bisogni reali e puntuali determinati dalle specifiche caratteristiche della malattia rara in questione, di pesare con dati reali l'attività di un Presidio della Rete Nazionale (PRN) MR superando il limite imposto dalla iniziale autocandidatura dei centri con cui tutte le regioni avevano avviato le reti MR. Il SIMaRRP monitora le attività del singolo medico. <p>il 1° Report del SIMaRRP da cui emerge che:</p> <p>La Puglia conta una popolazione di 4.090.266 persone, 14.183 tra queste sono</p>
-------------	--



	<p>inserite nel SIMaRRP per essere affette da MR, per un totale pari allo 0,35% della popolazione.</p> <p>Il 64,4 % si cura in Puglia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • le attività di cura si concentrano in alcuni ospedali della regione • la Puglia è una regione a forte migrazione extraregionale. Si curano fuori Regione il 44% degli adulti ed il 36% bambini, ma si registra già una inversione di tendenza • le fasce d'età colpite rispecchiano le tabelle pubblicate dalle regioni consorziate. Interessati soprattutto bambini • le migliori cure e l'appropriatezza diagnostica inducono nell'ambito della popolazione colpita, la presenza di giovani adulti e anche di anziani <p>Il Sistema consente di monitorare la popolazione affetta da MR ed i centri di cura nei territori di ciascuna ASL.</p>
OBIETTIVI	<p>L'organizzazione si evolve con Presidi di Rete (PRN) composti da unità operative funzionalmente collegate a più livelli e supportati da moderni sistemi di tele consulenza</p> <p>Vale a dire pochi Centri di Qualità e capaci di garantire «conoscenza, interdisciplinarietà, connessione con associazioni di volontariato, connessioni a reti nazionali ed internazionali» e su cui investire risorse.</p> <p>L'Europa ha dato il via all'assistenza transfrontaliera che consentirà, nei limiti previsti dalle norme, la libera circolazione dei pazienti.</p> <p>La Puglia candiderà al network europeo (la reti ERN) i suoi centri più attrattivi sostanziando la scelta con dati reali e puntuali.</p> <p>Attraverso il Sistema Informativo sarà possibile seguire in linea, e nel rispetto delle norme sulla privacy, il percorso assistenziale dell'assistito dando valore anche al ruolo della rete degli ospedali più vicini e promuovendo conoscenza.</p> <p>Il Coordinamento Regionale Malattie Rare dell'AReS Puglia coordinerà la produzione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) da parte dei Presidi della Rete Nazionale (PRN)</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei Presidi della Rete Nazionale - N° di PDT prodotti
RISULTATI ATTESI	<p>Consentire di monitorare la popolazione affetta da MR ed i centri di cura nei territori di ciascuna ASL.</p> <p>Relazione</p> <p>Dati in fase di elaborazione.</p>



10) Tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia.

1. L'assistenza in gravidanza in consultorio

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 10
TITOLO DEL PROGETTO	L'assistenza in gravidanza in consultorio
DURATA DEL PROGETTO	18 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.300.798,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
DESCRIZIONE	<p>I diversi piani Nazionali e Regionali puntualizzano l'impatto della continuità assistenziale sulla qualità delle prestazioni, auspicando la realizzazione di una <i>RETE SANITARIA</i> il cui modello organizzativo sviluppi e consolidi le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali adeguate.</p> <p>Un esempio è dato dal "Dipartimento Materno-Infantile" in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra Ospedale e Territorio nel percorso parto.</p> <p>Appare chiara la necessità di individuare nuove strategie organizzative per aumentare il livello delle prestazioni diagnostiche consultoriali, al fine di integrare le risorse territoriali con quelle ospedaliere anche nel settore dell'assistenza alle gravidanze a rischio.</p> <p>Tutto ciò va ad integrare il profilo assistenziale alla gravidanza fisiologica di cui strumento cardine in Regione è l'Agenda di Gravidanza.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli <i>obiettivi</i> del progetto sono:</p> <p>Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio (nei consultori si seguono solo le gravidanze fisiologiche e quelle a basso rischio) laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio</p> <p>Evitare una medicalizzazione indiscriminata delle gravidanze a basso rischio riducendo lo stress materno e il costo sanitario</p> <p>Attuare percorsi di formazione interna ed addestramento del personale dei servizi territoriali</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	18 mesi
INDICATORI	<p>N. di profili assistenziali relativi a situazioni di gravidanze a rischio da diffondere, sempre a basso rischio</p> <p>N. di gravidanze a rischio, previste nei profili assistenziali, monitorate adeguatamente nei servizi consultoriali</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio.</p> <p>Relazione. Tenuto conto della elaborazione del Piano di Riordino Ospedaliero i dati utili al monitoraggio del progetto stesso sono ancora in fase di elaborazione.</p>



11) Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 11
TITOLO DEL PROGETTO	Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali.
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.067.730,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le capacità funzionali dell'ovaio si riducono progressivamente nel tempo, e in una donna su 100 si verifica inspiegabilmente una menopausa precoce prima dei 40 aa. Essendo stato dimostrato che una condizione di ipo fertilità compare circa 13 anni prima dell'evento finale della menopausa, si può affermare che una donna su 100 presenta un'alterata fertilità già a 32 aa.</p> <p>Esistono, inoltre, numerose patologie che possono influenzare la funzione riproduttiva della donna:</p> <p>malattie sistemiche (genetiche, infiammatorie, autoimmunitarie neoplasie, ecc...) e patologie che colpiscono specificatamente l'apparato genitale: miomi uterini, cisti ovariche, infezioni pelviche, sindromi aderenziali o malattie infiammatorie croniche come l'endometriosi e i tumori.</p> <p>Lo sviluppo di trattamenti personalizzati per il "cancro" dipende da una migliore conoscenza dei meccanismi molecolari coinvolti nel processo di iniziazione, progressione e sviluppo della resistenza dei farmaci.</p> <p>Il rapido sviluppo delle tecnologie biomolecolari, ha acuito la necessità del ricercatore di identificare le connessioni fra i fattori genetici ed ambientali, che inducono la patologia e ne modificano la gravità e l'esito.</p> <p>In questa ottica le biobanche ricoprono un ruolo fondamentale, permettendo l'analisi di materiale biologico raccolto secondo criteri di alta qualità per correlare la ricerca biologica con i risultati clinici.</p>
DESCRIZIONE	<p>La biobanca dell'Istituto Tumori di Bari, già istituita nel 2008, ha il compito di raccogliere e conservare i campioni secondo le procedure definite e come da certificazione di qualità ISO 9901:2000 CERT-17885-2006-AQ-BRI-Sincert.</p> <p>Il personale della Biobanca procede al monitoraggio delle procedure operative di raccolta e conservazione dei campioni biologici, individuando alcuni focal point sui quali poter intervenire al fine di migliorare le performance delle attività.</p> <p>Si procede all'acquisizione delle liste operatorie, nel pomeriggio precedente alla seduta, anziché al mattino stesso, in modo da individuare i casi di interesse per studi specifici condotti da ricercatori dell'Istituto, allertandoli in tempo utile per organizzare i loro esperimenti.</p> <p>Inoltre è stata curata la comunicazione con i reparti chirurgici, consentendo così il miglioramento nella tracciabilità di casi di potenziale interesse per la biobanca.</p> <p>Il monitoraggio continuo delle temperature di esercizio dei congelatori avviene attraverso il sistema di controllo a distanza, gestito da un software dedicato e che consente di</p>



	<p>intervenire tempestivamente in caso di malfunzionamenti.</p> <p>Inoltre sono stati acquistati n. 2 congelatori a -80°C portando il numero totale dei congelatori a 8 unità.</p> <p>Durante l'ultimo anno, la Biobanca Istituzionale ha proseguito la raccolta e conservazione di campioni biologici provenienti da pazienti operati per patologia neoplastica presso la propria sede.</p> <p>In particolare sono stati raccolti 802 campioni di tessuto tumorale, 360 campioni di tessuto normale adiacente e 15 campioni di tessuto metastatico provenienti da 393 nuovi casi, di cui:</p> <p>63.3% patologia mammaria 24.1% patologia gastro intestinale 2.8% patologia ORL 9.6% patologia ginecologica</p> <p>I rispettivi campioni di siero-plasma di 334 casi sono stati raccolti per un totale di 1321 aliquote. La Biobanca Istituzionale è capofila di un progetto per lo sviluppo regionale di reti di ricerca, che vede la partecipazione dell'Università di Bari, CNR, Università di Foggia e l'IRCCS di S. Giovanni Rotondo.</p> <p>La Rete proposta, denominata BIOBOP (Rete Biobanche Oncologiche Pugliesi) avrà tra i suoi principali obiettivi quello di formare un network nella Regione Puglia, nel quale far confluire i dati relativi alle collezioni di campioni biologici raccolti in ambito di Patologie Tumorali sul territorio regionale. La Rete si avverrà di competenze specifiche che forniranno ai campioni un valore aggiunto attraverso la loro caratterizzazione biologica.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto (RIBBO) propone la costruzione della Rete Italiana di BioBanche Oncologiche.</p> <p>La Rete vuole rispondere alla crescente richiesta di tessuti oncologici umani, sia in campo di ricerca oncologica di base che clinica, realizzando così una rete sul territorio nazionale che favorisca la standardizzazione di tutti i procedimenti riguardanti i campioni.</p> <p>Tale processo permetterà anche di armonizzare tutte le procedure che ottemperano alle normative nazionali ed europee di tutela della privacy e alle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di materiale biologico.</p> <p>E' il primo progetto che opera sul territorio nazionale e che si propone l'integrazione delle strutture già esistenti che collezionano e conservano campioni biologici di natura oncologica. Inoltre realizzare attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio, dirette agli utilizzatori.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppare un piano di integrazione alla rete delle bio banche oncologiche italiane 2. Redigere un codice di condotta consensuale per il funzionamento per il suo funzionamento 3. Armonizzare le procedure tecniche, organizzative, etiche e legali, operanti nelle singole bio banche 4. Identificare eventuali bacini di raccolta e le loro potenzialità in termini di patologie, di stili di vita e condizioni ambientali.
INDICATORI	<p>Indicatori di struttura Adegamenti strutturali, qualificazione del personale</p> <p>Indicatori di processo Numero di campioni conservati e re-impianti</p> <p>Indicatori di risultato Numero di campioni re-impiantati</p>
RISULTATI ATTESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento attività di conservazione 2. Progettazioni e/o inizio collaborazioni con centri chirurgici-oncologici e di fecondazione assistita 3. Creazione di un database regionale 4. Identificazione di un modello di rete regionale, esportabile anche a livello regionale <p>Relazione: Dati in corso di elaborazione</p>



12) Implementazione di percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia)

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 12
TITOLO DEL PROGETTO	<i>Implementazione di percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia)</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.150.399,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	<p>L'epidemiologia dell'endometriosi è di difficile inquadramento. Non ci sono dati di incidenza e prevalenza solidi e confrontabili. Gli unici disponibili nella letteratura scientifica internazionale sono stime di prevalenza. La difficoltà nella valutazione dell'incidenza di questa patologia è legata ai criteri diagnostici (solo clinici o chirurgici?) e ai flussi informativi routinari che non consentono di includere tutte le donne affette da endometriosi.</p> <p>Le più recenti evidenze disponibili indicano che la prevalenza varia dall'1 al 10% nelle donne in età riproduttiva (von Theobald P et al, 2016; Brown J et al, 2014; Ozkan S, 2008). In particolare, lo studio di von Theobald pubblicato nel 2016 ha stimato la prevalenza di endometriosi in Francia per gli anni 2008 – 2012 utilizzando la banca dati SDO. La prevalenza nelle varie regioni francesi varia da 0,4% a 1,6%.</p> <p>Nella Regione Puglia, una recente stima di prevalenza di endometriosi, includendo nella analisi le donne con almeno un ricovero per endometriosi in diagnosi primaria o secondaria, è pari a 1,09%, pertanto in linea coi dati francesi. La prevalenza nelle 6 ASL regionali è sovrapponibile.</p> <p>Si fa presente che questo dato è sottostimato poiché tiene conto solo delle ospedalizzazioni che, ad oggi, costituiscono l'unica fonte di dati correnti disponibile e utilizzabile.</p> <p>Al fine di migliorare la tutela della salute e le condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne, la Regione Puglia intende promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dell'endometriosi, nonché il miglioramento della qualità delle cure, attraverso un percorso che conduca</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla diffusione della conoscenza della patologia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale e lavorativo, • alla implementazione di un processo integrato di presa in carico delle donne affette dalla patologia • alla valorizzazione del ruolo strategico dell'associazionismo e delle attività di volontariato svolte in ambito regionale finalizzate a sostenere e aiutare le donne affette da endometriosi.
DESCRIZIONE	<p>Alla luce di quanto esposto in precedenza il progetto che la Regione intende promuovere prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sull'endometriosi



- la creazione del Registro Regionale dell'endometriosi
- il sostegno alle Associazioni e alle attività di volontariato
- la promozione di campagne di informazione, sensibilizzazione e formazione

OSSERVATORIO REGIONALE SULLA ENDOMETRIOSI

L'Osservatorio ha il compito di raccogliere dati e statistiche sulla fenomenologia dell'endometriosi nell'ambito del territorio regionale, promuovere azioni mirate alla diagnosi precoce, proporre al competente Servizio dell'Area Politiche per la promozione della salute l'attuazione di campagne di informazione per la popolazione. L'Osservatorio, inoltre, ha il compito di garantire il monitoraggio e la valutazione delle attività implementate.

L'Osservatorio, infine, coordina le azioni regionali relativamente a quelle promosse in sede nazionale nella prospettiva dell'istituzione del Registro nazionale dell'endometriosi.

REGISTRO REGIONALE DELLA ENDOMETRIOSI

Il Registro regionale dell'endometriosi è lo strumento strategico deputato alla raccolta e analisi dei dati clinici e sociali riferiti alla malattia al fine di stabilire appropriate strategie di intervento, di monitorare l'andamento e la ricorrenza della malattia, di rilevare le problematiche connesse e le eventuali complicanze.

Il Registro riporta il numero dei casi di endometriosi diagnosticati, con esplicito riferimento al numero di nuovi casi registrati annualmente, così da rappresentare statisticamente l'incidenza della malattia sul territorio regionale.

Il Registro rileva in particolare le modalità di accertamento secondo i protocolli sanitari previsti, i trattamenti e gli interventi sanitari conseguenti, la qualità delle cure prestate, le conseguenze della malattia in termini funzionali.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito l'Osservatorio di cui all'articolo 2 e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono definiti i criteri e le modalità di tenuta e di rilevazione dei dati del Registro, anche con strumenti informatici e telematici.

I dati raccolti sono utilizzati per la predisposizione di atti di pianificazione e programmazione regionale al fine da individuare le migliori azioni per la diagnosi precoce e il trattamento medico sanitario più efficace.

ASSOCIAZIONI E ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

La Regione riconosce il rilevante apporto delle associazioni di volontariato che si occupano di endometriosi sul territorio regionale.

Le associazioni sono coinvolte nelle campagne di informazione e sensibilizzazione promosse dalla Regione Puglia in merito al tema dell'endometriosi, delle sue cause e delle sue conseguenze oltre che nell'informazione mirata alla diagnosi precoce.

CAMPAGNE DI INFORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE

L'Assessorato regionale alla salute promuove campagne informative e di sensibilizzazione sulle problematiche relative all'endometriosi.

Le campagne sono dirette a disseminare una più diffusa conoscenza dei sintomi della malattia, soprattutto nelle scuole, così da favorire il ricorso a una diagnosi precoce e corretta della malattia e prevenire l'infertilità a essa correlata, nonché la consapevolezza che la stessa sia una malattia cronica e invalidante tanto da dover essere riconosciuta come malattia sociale.

Le campagne sono realizzate con la collaborazione delle associazioni regionali, con il coinvolgimento dei ginecologi e dei consultori familiari.

L'Assessorato regionale alla salute prevede la pianificazione di attività formative e di aggiornamento sull'endometriosi destinate al personale medico, paramedico e infermieristico.



	operante presso le strutture ospedaliere e i consultori familiari.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Entro il primo semestre azioni di sensibilizzazione Entro il primo semestre formazione e aggiornamento del personale
INDICATORI	Numero di attività formative rivolte al personale e non Implementazione di un processo integrato di presa in carico delle donne affette dalla patologia
RISULTATI ATTESI	Al fine di migliorare la tutela della salute e le condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne, la Regione Puglia intende promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dell'endometriosi, nonché il miglioramento della qualità delle cure, attraverso un percorso di presa in carico delle donne affette da tale patologia. Relazione Dati in corso di elaborazione

13) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

1.Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 13
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.150.399,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	Il carcinoma del collo dell'utero rappresenta, tuttora, una delle principali neoplasie nella popolazione femminile, anche di quella pugliese, ed una delle prime cause di mortalità. I dati in Puglia indicano che l'incidenza del cancro della cervice interessa tutte le province nella stessa misura. Da una indagine preliminare effettuata nei consultori e ambulatori pubblici del territorio regionale si è rilevata una scarsa sensibilizzazione spontanea delle donne alla prevenzione. Infatti solo il 6% circa delle "donne bersaglio" ha effettuato il pap-test per la prima volta e quelle che solitamente lo eseguono, spesso lo ripetono annualmente, con un inutile aggravio di spesa dato non tiene conto dell'abitudine di una larga fascia di donne pugliesi che eseguono il test negli ambulatori privati. L'obiettivo principale della Regione Puglia è sottoporre
----------	---



	<p>quello di sensibilizzare le donne che non hanno mai eseguito il pap-test o che non l'hanno eseguito negli ultimi tre anni, al fine di attuare un programma di prevenzione permanente. Negli ultimi anni inoltre la ricerca clinica, epidemiologica e molecolare ha dimostrato che alcuni tipi di Human Papilloma Virus (HPV), tipi ad alto rischio, sono agenti eziologici del cancro della cervice, nonché dei suoi precursori, ovvero delle neoplasie cervicali intraepiteliali (CIN). Studi recenti hanno dimostrato che la ricerca dell'HPV in campioni cervicali è una metodica assai sensibile per la diagnosi delle malattie cervicali, con un eccellente valore predittivo negativo.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il protocollo del programma di screening cervico-vaginale, predisposto a livello regionale, segue le Linee Guida della Comunità Europea e dalla C.O.N (Commissione Oncologica Nazionale), per lo screening del cervico-carcinoma, nonché le indicazioni del GISCI (Gruppo Italiano per lo Screening del Cervicocarcinoma), in particolare per quanto riguarda il monitoraggio, i controlli di qualità, gli indicatori, e prevede il coinvolgimento di tutta la popolazione femminile a rischio (fascia di età 25- 64 anni) della Regione Puglia. La popolazione bersaglio è costituita da circa 1.100.000 donne, di età compresa tra 25 e 64 anni, residenti su tutto il territorio regionale, che verranno sottoposte a pap-test ed ove necessario alla determinazione del test HPV, in modo da coprire nell'arco dei tre anni tutta la popolazione femminile a rischio.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre azioni di sensibilizzazione, sistema informativo</p> <p>Entro il primo semestre formazione e aggiornamento del personale</p>
INDICATORI	<p>-Estensione del programma (numero inviti rispetto a popolazione bersaglio) -Adesione all'invito -Distribuzione dei risultati citologici - % di vetrini inadeguati - % di donne inviate in colposcopia -Compliance all'approfondimento colposcopico</p>
RELAZIONE 2012	<p>In Puglia la proporzione in età target (25/64 anni) che hanno eseguito lo screening del tumore della cervice uterina secondo le linee guida è pari al 69,8% un dato nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (78,7%).</p> <p>Si tratta di un dato insoddisfacente, in particolar modo per la proporzione di donne che aderiscono ad un programma di screening organizzato (28.8%) mentre è più elevata la proporzione di donne che eseguono un test spontaneamente (40.6%), soprattutto donne di età compresa fra 35 e 49 anni, con grado di istruzione elevato e senza difficoltà economiche.</p> <p>Oltre il 20% delle donne tra 25 e 64 anni non ha mai eseguito un pap-test: di queste donne il 33.1% crede di non averne bisogno.</p> <p>Risulta evidente la necessità di aumentare l'attività di promozione del programma di screening, soprattutto per quanto riguarda lo screening organizzato, in modo da ridurre, in termini di morbilità e mortalità, i rischi legati all'incidenza della neoplasia.</p>



14) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

1. Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 14
TITOLO DEL PROGETTO	Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.150.399,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	<p>La Regione Puglia lancia una campagna ambiziosa che mira a debellare l'HPV, il virus responsabile di tumori come il carcinoma del collo dell'utero nella donna e del faringe nell'uomo. Dopo il successo dell'iniziativa rivolta nell'ultimo biennio alle giovani donne nel dodicesimo e nel venticinquesimo anno di età, ora ha deciso di estendere anche ai maschi l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV, offrendo a tutti gli adolescenti, nel corso del dodicesimo anno di vita, lo scudo contro un agente insidioso che, a distanza di molti anni dalla prima infezione, può avere conseguenze devastanti.</p> <p>L'Italia è stato il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazione pubblica contro il Papilloma virus. Nel 2007 sono stati immessi sul mercato italiano due vaccini per la prevenzione delle infezioni da HPV. Un vaccino, quadrivalente, che protegge dai genotipi HPV 6, 11, 16 e 18 ed un altro vaccino bivalente che protegge esclusivamente dai genotipi 16 e 18. Nel tempo sono venute alla luce nuove evidenze scientifiche, sia in riferimento alle varie patologie correlate alle infezioni da HPV, sia in relazione alle cure e alle possibilità di prevenzione. Da una visione univoca che associava la presenza del virus HPV unicamente al possibile sviluppo del cancro del collo dell'utero, si è giunti a scoprire numerose altre patologie che possono essere correlate a questo virus tanto nella popolazione femminile quanto in quella maschile.</p>
DESCRIZIONE	<p>Tutti i ragazzi nati nell'anno 2003 saranno invitati dai Pediatri di libera scelta e in tutte le scuole dai Dipartimenti di Prevenzione della ASL pugliesi a cogliere questa grande occasione per debellare un nemico che oggi ha una diffusione vastissima. La vaccinazione contro l'HPV infatti, oltre a prevenire il cancro della cervice uterina, previene altri tumori maligni (oro-faringe, apparato genitale, ultimo tratto dell'intestino) che per circa un terzo sono a carico del maschio.</p> <p>Inizialmente l'attività di prevenzione vaccinale è stata rivolta alle ragazze per proteggerle dal tumore del collo dell'utero. Ma ora, dopo aver vaccinato oltre l'80% delle donne nate tra il 1993 al 2003, abbiamo ritenuto indispensabile rivolgerci ai maschi che, oltre ad essere coinvolti nella catena di trasmissione del virus, possono essere soggetti a numerose patologie ad esso correlate che interessano principalmente sia il distretto testa-collo che l'apparato genitale».</p> <p>La vaccinazione contro l'HPV infatti, oltre a prevenire il cancro della cervice uterina, previene altri tumori maligni (oro-faringe, apparato genitale, ultimo tratto dell'intestino) che per circa un terzo sono a carico del maschio. «Esistono circa 120 genotipi del virus HPV che infettano l'essere umano, un terzo dei quali è associato a patologie del tratto</p>



	<p>ano-genitale, sia benigne che maligne. Dei 120, il tipo 16 è responsabile di circa il 50% dei casi di cancro alla cervice uterina, il tipo 18 del 20% e i restanti genotipi di circa il 30%. I genotipi 6 e 11 sono invece responsabili del 90% dei condilomi genitali».</p> <p>Il carcinoma delle cervice uterina è il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione.</p> <p>Per questo, fino a poco tempo fa, in molti Paesi, le campagne vaccinali contro il papilloma virus si sono concentrate sulla popolazione femminile, ponendosi come obiettivo primario la prevenzione delle neoplasie della cervice uterina. Negli ultimi anni, grazie ad una miglior conoscenza dell'infezione da HPV nel maschio, e alla successiva approvazione del vaccino quadrivalente anche per il sesso maschile, le Società scientifiche hanno suggerito un approccio a più ampio spettro, raccomandando l'estensione della vaccinazione anche agli uomini.</p> <p>Le nuove evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che il Papilloma virus è responsabile, in Italia, di oltre 130.000 casi di patologie benigne (condilomi) e tumorali (carcinomi del tratto ano-genitale e tumori della testa e del collo), in entrambi i sessi.</p> <p>La Puglia, insieme ad altre Regioni Italiane e sulla scorta di quanto già avviene in alcuni Paesi (Stati Uniti, Australia e Canada), è all'avanguardia nell'offrire la vaccinazione anti-papillomavirus gratuitamente ai maschi nel corso del 12°anno. È infatti di ogni evidenza che l'istituzione di una campagna di vaccinazione rivolta ad entrambi i sessi oltre a garantire parità di genere, offre uguali opportunità nella fruizione dei Servizi Sanitari, ancor più che nella donna esiste un esame di screening per la diagnosi precoce, opportunità al momento non goduta dal maschio.</p> <p>Il virus dell'HPV colpisce dunque entrambi i sessi e in particolare il maschio risulta esserne infetto con maggiore facilità, con un'alta prevalenza che si attesta intorno al 60% in qualunque fascia di età. Senza un'azione efficace anche sul maschio, il virus non può quindi essere debellato. Il maschio rappresenta il serbatoio e il veicolo di trasmissione della malattia. Anche le patologie tumorali HPV correlate riguardano principalmente l'apparato genitale e il distretto orofaringeo: l'80-95% delle neoplasie anali, almeno il 50% delle neoplasie del pene e il 60% delle neoplasie della testa e del collo sono correlate ad HPV. La Regione Puglia ha introdotto nel Calendario Vaccinale l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV ai maschi dodicenni per un questione etica e di equità sociale. Il vaccino nel maschio diviene un efficace strumento sia di protezione indiretta per le donne sia di prevenzione individuale del maschio in quanto egli stesso è, al contempo e al pari della femmina, soggetto a rischio.</p> <p>Nell'informazione sull'importanza della prevenzione del virus dell'HPV un ruolo chiave è rivestito anche dai pediatri di libera scelta che sono quotidianamente a contatto con le famiglie. La prevenzione delle patologie da Papilloma virus umano nel maschio vede nella vaccinazione lo strumento più idoneo per ridurre la diffusione. Il pediatra di famiglia è la figura professionale che per contiguità alle famiglie meglio può promuoverla spiegandone i vantaggi.</p>
OBIETTIVI	La Regione Puglia con lungimiranza ha inserito tale vaccinazione nel suo Calendario Vaccinale e tale intervento di salute pubblica avrà una ricaduta positiva in prospettiva per i suoi abitanti perché comporterà comunque una minor circolazione del virus.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> - azioni di sensibilizzazione - numero di ragazzi sottoposti a questo tipo di vaccinazione
INDICATORI	- estensione del programma (numero inviti rispetto a popolazione bersaglio)
RISULTATI ATTESI	<p>L'istituzione di una campagna di vaccinazione rivolta ad entrambi i sessi oltre a garantire parità di genere, offre uguali opportunità nella fruizione dei Servizi Sanitari, ancor più che nella donna esiste un esame di screening per la diagnosi precoce, opportunità al momento non goduta dal maschio.</p> <p>Relazione</p> <p>Tutti i ragazzi nati nell'anno 2003 sono invitati dai Pediatri di libera scelta e in tutte le scuole dai Dipartimenti di Prevenzione della ASL pugliesi a cogliere questa grande occasione per debellare un nemico che oggi ha una diffusione vastissima.</p> <p>I dati sono ancora in corso di elaborazione.</p>



15) Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali

1.Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 15
TITOLO DEL PROGETTO	Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive.
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.067.730,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
CONTESTO	<p>I DSA-Disturbi dello spettro autistico sono un insieme di condizioni (il termine Spettro indica proprio questo) caratterizzate da deficit nella comunicazione e nella interazione sociale, con incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti sia con i coetanei, che si evidenzia attraverso comportamenti, atteggiamenti e modalità comunicative anche non verbali non adeguate all'età, al contesto o allo sviluppo mentale raggiunto, nonché caratterizzate dalla tendenza a comportamenti stereotipi e ripetitivi. Gli studi epidemiologici condotti sia negli Stati Uniti sia in Europa negli ultimi dieci anni riportano un generalizzato aumento delle diagnosi di autismo, con una incidenza fino a 8 su 1.000 del complesso dei disturbi dello spettro autistico e la letteratura internazionale stima la nascita di un bambino con disturbi dello spettro autistico ogni 150 nati.</p> <p>In Puglia vi sono 827.211 persone residenti tra 0 e 18 anni (di cui, 425.329 M - 401.882 F), con stima presuntiva di circa 4.726 bambini e adolescenti con DSA.</p> <p>La popolazione generale pugliese è di 4.024.000, per cui la stima presuntiva è di circa 22.994 persone (minori e adulti in totale) con DSA nella Regione Puglia.</p>
DESCRIZIONE	<p>Le Linee Guida costituiscono lo strumento con il quale la Regione Puglia intende recepire i contenuti e gli indirizzi dell'Accordo della Conferenza Unificata del 22.11.2012 sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai Disturbi dello spettro autistico e dei disturbi del linguaggio".</p> <p>Le linee guida indicano obiettivi e azioni per la costruzione in tutti i contesti regionali</p>



	<p>integrate di servizi, di competenze, di opportunità per la diagnosi precoce, la presa in carico appropriata e la piena inclusione sociale e la qualità della vita delle persone con DSA e dei rispettivi nuclei familiari. A tal fine si intende attuare il modello organizzativo di assistenza sanitaria specialistica delineato dal succitato Accordo Stato-Regioni, curando l'integrazione con i servizi sociali, del lavoro e dell'istruzione.</p> <p>Il Documento si basa, altresì, per quanto concerne i trattamenti dei disturbi dello spettro autistico e gli interventi non farmacologici e farmacologici, sulle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (LG 21- 2011), che forniscono indicazioni su quali sono gli interventi per cui sono disponibili le prove scientifiche di valutazione di efficacia.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo delle Linee Guida Regionali:</p> <p>Le Linee Guida Regionali intendono offrire indicazioni operative e vincolanti a tutti i decisori pubblici che operano sul territorio regionale, alle strutture socio-sanitarie impegnate in Puglia per la diagnosi, soprattutto precoce, la presa in carico e la cura dei bambini, degli adolescenti e degli adulti con autismo, attraverso la definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, ed offrire alle loro famiglie dei riferimenti puntuali sulle opportunità di accesso ai servizi e sulle prospettive di sviluppo di una rete di servizi diffusa su tutto il territorio regionale, per affrontare efficacemente le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DSA).</p> <p>Alla stesura delle presenti Linee Guida hanno lavorato le strutture dell'Assessorato al Welfare e Politiche per la Salute, con l'obiettivo di offrire un documento complessivo di indirizzo sia per le attività di programmazione regionale e aziendale, sia per le attività di organizzazione e di erogazione dei servizi. All'interno di queste Linee Guida si dà particolare risalto al ruolo della rete territoriale per la diagnosi dei DSA, che infatti cominciano a manifestarsi nel corso dei primi due anni di vita e numerosi studi evidenziano l'importanza di porre in atto tutte le azioni utili all'individuazione dei bambini a rischio di autismo in questo precocissimo periodo della vita.</p> <p>Per la diagnosi precoce dell'autismo è necessario pervenire a una attenta preparazione di figure di riferimento importanti, come i pediatri di libera scelta (PLS) e alcune figure educative nelle strutture per la prima infanzia e per l'infanzia, diretti a migliorare la capacità di riconoscimento dei casi sospetti con l'utilizzazione di strumenti diagnostici da inserire nei bilanci di salute del primo e del secondo anno di vita del bambino.</p> <p>Obiettivi specifici degli interventi in favore delle persone affette da DSA sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fare formazione e lavorare sull'individuazione precoce del disturbo attraverso in particolare il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, con utilizzazione di sistemi di screening; 2. assicurare la presa in carico tempestiva della persona attraverso una valutazione funzionale multidisciplinare e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici degli utenti e delle famiglie; 3. definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, abilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico, fondata esclusivamente su approcci metodologici e scientifici validati EBM; 4. garantire la continuità dell'assistenza e lo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco della vita della persona; 5. sviluppare nuove sinergie e sistemi di aiuto ai familiari; 6. migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori, tramite percorsi specifici rivolti al personale docente; 7. garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità; 8. garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera inclusa un'accoglienza specifica per problemi sanitari urgenti, attraverso la definizione di protocolli specifici da adottare nei dipartimenti di emergenza di tutti gli ospedali della regione. La risposta assistenziale si inserisce all'interno della rete regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari per la salute mentale, per la riabilitazione delle disabilità e per la loro autosufficienza.
TEMPI DI ATTUAZIONE	- azioni di sensibilizzazione nei confronti dei PLS: 6 mesi;



(CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none">- azione di aggiornamento e di sensibilizzazione in favore degli psichiatri e psicologi ed operatori tutti dei CSM (6-12 mesi)- attivazione delle equipe dedicate all'autismo in ogni UOS di NPIA della regione: 12 mesi (necessità di nuove assunzioni);- attivazione di percorsi specifici da attuarsi nelle scuole dell'infanzia e primaria (6-12 mesi);- attivazione dei centri residenziali e semiresidenziali dedicati (6-12 mesi);- individuazione di strutture accreditate specializzate nel fornire servizi di riabilitazione nei confronti delle persone con autismo e delle loro famiglie (6-12 mesi)- formazione del personale: 12 mesi- raccordo con le aziende esistenti sul territorio che potranno accogliere persone con DSA adeguatamente formate (6-18 mesi)
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none">- riduzione circa l'uso di terapia psicofarmacologica in età evolutiva;- riduzione della mobilità sanitaria passiva;- riduzione dei pazienti nelle strutture semiresidenziali e residenziali con aumento del turnover (18-24 mesi) Relazione E' in corso l'elaborazione dei dati



16) Sviluppo degli strumenti del Governo Clinico e della Valutazione della Qualità e della Sicurezza delle prestazioni – Risk Management

1. Programma Regionale Sicurezza e Rischio Clinico

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 16
TITOLO DEL PROGETTO	Programma Regionale Sicurezza e Rischio Clinico
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.669.327,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	<p>La crescente attenzione che la Comunità Scientifica rivolge al rischio di eventi avversi nell'ambito delle procedure medicochirurgiche e la maggiore sensibilità dell'opinione pubblica verso i livelli di sicurezza delle prestazioni sanitarie, insieme ai crescenti costi assicurativi, hanno spinto le istituzioni ad adottare azioni concrete per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle attività sanitarie.</p> <p>La Gestione del Rischio Clinico quale strumento del governo clinico è la metodologia che permette attraverso l'individuazione e la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali e il controllo delle procedure, la riduzione degli stessi.</p> <p>La Regione Puglia <i>promuove</i> la Gestione del Rischio Clinico nelle proprie ASL nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative finalizzate alla riduzione degli errori possa portare numerosi vantaggi tra i quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumentare la sicurezza del paziente e la tutela degli operatori; • migliorare l'efficienza, la qualità e l'immagine del Sistema Sanitario Regionale; • contenere i costi assicurativi. <p>Le linee guida per l'implementazione delle attività di Risk Management all'interno delle Aziende Sanitarie prevedono i seguenti adempimenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attivazione dell' Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico (UGR), costituita da adeguate professionalità e nomina del Responsabile Aziendale del Rischio Clinico che è un medico; • costituzione del Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, che ha funzione consultiva e di indirizzo, elabora il Programma Aziendale di Gestione del Rischio Clinico e ne verifica la realizzazione. <p>E' composto da figure in grado di abbracciare tutte le necessità di informazione clinica, amministrativa e gestionale, coordinato dal Responsabile Aziendale del Rischio Clinico.</p>
DESCRIZIONE	<p>Con DGR n. 1575 del 12.07.2011 la Regione Puglia ha approvato la costituzione, ai sensi dell'art.3 comma 33 della L.R. n. 40/2007 e s.m.i., del "Coordinamento Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente" che dovrà assicurare:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. lo sviluppo e rafforzamento della Rete Regionale "Rischio Clinico" in Puglia; b. il coordinamento a livello regionale dei Dirigenti delle Uu.Oo. Gestione Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR; c. il monitoraggio dei flussi informativi SIMES- NSIS posti a carico di ciascuna Azienda Sanitaria; d. analisi, valutazione e monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella.



	<p>occorsi nella Regione Puglia e la programmazione e definizione delle linee guida per la implementazione di un osservatorio epidemiologico regionale sui sinistri, sugli eventi avversi ed eventi sentinella;</p> <p>e. analisi, valutazione e monitoraggio dei sinistri mediante la Costituzione di un Comitato Valutazione Sinistri interno al Gruppo, occorsi in Regione Puglia per la verifica della fase attuativa delle disposizioni assessorili in materia di assicurazioni e brokeraggio assicurativo;</p> <p>f. la promozione, d'intesa con l'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria, di percorsi formativi.</p> <p>Con Atto Dirigenziale n. 2 dell'11 gennaio 2013 sono state recepite le indicazioni operative per la implementazione su tutto il territorio regionale del Foglio Unico di terapia e della Check-list per operatoria, con lo scopo di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n. 7 del marzo 2008.</p> <p>In tutte le Aziende è operativa una Unità per la Gestione del Rischio Clinico con al suo interno un Comitato Valutazione Sinistri.</p> <p>Si è provveduto alla raccolta dei dati di sinistrosità e sinistralità aziendali onde pervenire entro il 2013 alla definizione di fattibilità di un piano per la autoassicurazione.</p> <p>La Regione ha altresì provveduto alla implementazione del sistema SIMES, sia per il flusso dei sinistri che per gli eventi sentinella.</p>
OBIETTIVI	<p>Elaborazione da parte del Comitato Aziendale del Programma Aziendale di Gestione del Rischio Clinico con i seguenti obiettivi:</p> <p>quantificare il rischio aziendale;</p> <p>organizzare i flussi aziendali;</p> <p>revisionare il processo di gestione del consenso informato; verificare e migliorare la documentazione sanitaria;</p> <p>meccanismi di comunicazione tra struttura e utente;</p> <p>ottimizzare il processo di gestione dei sinistri; analizzare i processi critici;</p> <p>sensibilizzare e formare gli operatori sulle tematiche del rischio e della sua prevenzione.</p> <p>Costituzione del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), di norma coordinato dal Responsabile del Servizio di Medicina Legale, costituito dal Responsabile dell'Ufficio Affari Generali e Legali, dal Responsabile dell'UGR e dal Rappresentante della Compagnia Assicurativa o dell'eventuale Broker. Quando necessario il CVS potrà avvalersi di altri professionisti. In collaborazione con l'UGR mirerà a minimizzare l'impatto economico dei sinistri attraverso le seguenti attività:</p> <p>raccolta di informazioni inerenti il sinistro;</p> <p>pronta valutazione delle eventuali responsabilità;</p> <p>valutazione delle tipologie e dell'entità dei danni;</p> <p>gestione dei rapporti con i danneggiati;</p> <p>contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi (per la sperimentazione)
INDICATORI	<p>a. N. di eventi avversi e degli eventi sentinella</p> <p>b. N. dei sinistri</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle attività sanitarie.</p> <p>Relazione</p> <p>Dati ancora in corso di elaborazione</p>

17) Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie



1. Codice Etico nelle Aziende Pugliesi

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 17
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie
DURATA DEL PROGETTO	Codice Etico nelle Aziende Pugliesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 769.483,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nell'ambito del Sistema Sanitario <i>etica</i> significa considerare la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e non "limitatamente" come risposta ad un bisogno.</p> <ul style="list-style-type: none"> Assumere comportamenti etici significa che medici ed altre professioni sanitarie non mediche, manager aziendali, policy maker applicano nel modo corretto le conoscenze nei rispettivi campi, diffondono e condividono le conoscenze, promuovono e sostengono la ricerca per il miglioramento reale dello stato di salute di tutti. Assumere comportamenti etici rispetto alla limitatezza delle risorse, tenuto conto che la Regione Puglia è sottoposta al Piano Operativo, significa fare il massimo possibile per la persona, utilizzando nel migliore dei modi le risorse disponibili, interpretando i vincoli in modo da ottenere il massimo effetto rispetto ai fini di tutela della salute. <p>E, in particolare, nelle scelte tra diversi modelli assistenziali, modelli organizzativi, criteri di allocazione delle risorse, assumere comportamenti etici significa valutare le alternative in modo da scegliere quella caratterizzata dal più elevato rapporto benefici e risorse disponibili.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il ruolo della Regione nel promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi che permettono l'implementazione delle migliori pratiche attraverso un impegno diverso delle professioni sanitarie, nell'ambito dello sviluppo di comportamenti etici si esplica</p> <p>In termini organizzativi: istituzione in ogni ASL, di una Direzione delle Professioni Sanitarie, UOC in staff alla Direzione Sanitaria, alla quale competono le funzioni di programmazione dei fabbisogni di personale, di analisi dei fabbisogni formativi e di pianificazione dei relativi interventi, di valutazione dei modelli organizzativi; prevista, nell'ambito delle macro-strutture Ospedale e Territorio delle ASL, l'istituzione di due funzioni una Ospedaliera e l'altra Territoriale. La UOS ha funzioni di coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica distrettuale.</p> <p>In termini di competenze clinico-assistenziali ed organizzative gestionali, attraverso lo sviluppo di "nuovi ruoli": Il case manager con funzione strategica per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza; L'infermiere di assistenza primaria che affianca il medico di famiglia nelle medicine di gruppo integrate e che assume un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti cronici;</p>



	L'infermiere della domiciliarità.
OBIETTIVI	A) Valorizzazione delle competenze, valorizzare la risorsa umana è una condizione necessaria per avviare strategie di cambiamento B) La formazione C) La metodica dell'audit D) Appropriatelyzza nella erogazione delle prestazioni, con pieno coinvolgimento dei prescrittori, anche attraverso la diffusione dei PDTA .
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Progetto pluriennale
RISULTATI ATTESI	Promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi che permettono l'implementazione delle migliori pratiche attraverso un impegno diverso delle professioni sanitarie.

18) Piano Nazionale Prevenzione

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale di Prevenzione 2013
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 18.406.384,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>A seguito dell'Accordo Stato Regioni n. 53/CSR del 07/02/2013, che ha prorogato la vigenza del Piano nazionale di Prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013 introducendo un nuovo piano operativo composto di programmi inclusivi e strategici, mantenendo valido il quadro strategico contenuto nel Piano 2010-2012, approvato con DGR n. 2994 del 28/12/2010.</p> <p>Il Piano Regionale della Prevenzione, si pone, nella Puglia, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la continuità delle attività del Piano nazionale della Prevenzione 2005/07 e succ. proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti • lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010/12 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento • la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010/12.
DESCRIZIONE	Attraverso 39 linee progettuali il PRP della Puglia copre le quattro macroaree a cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee),



	prevenzione universale (24 linee), prevenzione della popolazioni a rischio (12 linee), prevenzione delle complicanze e delle recidive della malattia (1 linea). Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori. Rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica.	
Macroarea	Linea di intervento generale	N° progetti
MEDICINA PREDITTIVA	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	2
PREVENZIONE UNIVERSALE	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	1
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	5
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	1
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	1
	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	1
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2
	2.7 Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	3
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	1
	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	9
PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO	3.1 Tumori e screening	3
	3.2 Malattie cardiovascolari	1
	3.3 Diabete	1
	3.4 Malattie respiratorie croniche	0
	3.5 Malattie osteoarticolari	1
	3.6 Patologie orali	1
	3.7 Disturbi psichiatrici	4
	3.8 Malattie neurologiche	0
	3.9 Cecità e ipovisione	0
	3.10 Ipoacusia e sordità	1
PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	0
	4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	1
TOTALE		39
RELAZIONE ANNO 2012	Relazione allegata sullo stato di avanzamento delle linee di intervento (all.to n. 1)	

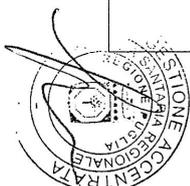


All.to (n. 1)

Codice Macroarea	Nome Macroarea	Codice Linea di intervento	Nome Linea di intervento	Codice progetto	Titolo progetto	Progetto trasversale a più linee	Altre Linee di intervento (nel caso di progetto trasversale a più Linee)	Progetto incluso in un programma	Nome del programma contenente il caso di progetto incluso in un programma	Certificazione 2012	prorogato al 2013
1	Medicina predittiva	1.1	Medicina predittiva	1.1.1	Prevenzione del rischio cardiovascolare	NO		NO		negativo	SI
1	Medicina predittiva	1.1	Medicina predittiva	1.1.2	Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione protrombotica	NO		NO			NO
2	Prevenzione universale	2.1	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1	I moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali	NO		NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.1	Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia	NO		NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.2	Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.3	Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura (Progetto 2 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	SI



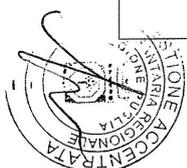
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.4	Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura (Progetto 3 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO	SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	negativo	SI
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.5	Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro correlate in agricoltura (Progetto 4 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO	SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.3	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1	Ambiente di vita sicuro	NO	NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.4	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita	NO	NO		negativo	SI
2	Prevenzione universale	2.5	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	2.5.1	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria	NO	NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.6	Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2.6.1 (1)	Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 1: Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie IVI previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)	NO	NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.6	Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2.6.1 (2)	Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 2: Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi	NO	NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (1)	Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP (Progetto 1 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)	NO	NO		positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (2)	Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini (Progetto 2 del Programma "Implementazione del regolamento	NO	NO		positivo	SI



			biologici		REACH-CLUP per la tutela della salute umana]														
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (3)	Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio (Progetto 3 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLUP per la tutela della salute umana)	NO		NO			positivo	SI							
2	Prevenzione universale	2.8	Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	2.8.1	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	NO		NO			positivo	NO							
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.1	PASSI Puglia	NO		NO			positivo	SI							
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.2	OKkio alla salute	NO		NO			positivo	SI							
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.3	Scuole in salute	NO		NO			positivo	SI							



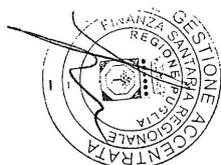
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.4	MED FOOD ANTICANCER PROGRAM: intervento di educazione nutrizionale per la prevenzione dei tumori	NO	NO	NO	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.5	Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e nei ragazzi in età scolare	NO	NO	NO	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.6	Promozione dell'allattamento al seno	NO	NO	NO	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.7	Estensione del programma di promozione dell'attività motoria denominato "Gruppi di cammino"	NO	NO	NO	positivo	SI
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.8	Promuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)	NO	NO	NO	negativo	SI
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.9	Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della Regione Puglia	NO	NO	NO	positivo	SI



3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.1	Estensione del programma di screening del carcinoma della mammella	NO		NO		positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.2	Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina	NO		NO		negativo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.3	Progetto di screening del carcinoma del colon retto	NO		NO		negativo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.2	Malattie cardiovascolari	3.2.1	Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari	NO		NO		negativo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.3	Diabete	3.3.1	Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze	NO		NO		positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.4	Malattie respiratorie croniche	NESSUN PROGETTO							
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.5	Malattie osteoarticolari	3.5.1	Realizzazione della rete di assistenza reumatologica e valutazione di impatto degli interventi per l'uso appropriato di farmaci biologici nella cura dell'artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis)	NO		NO		positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.6	Patologie orali	3.6.1	Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia	NO		NO		positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.1	Stigma pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carica da parte dei dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategie di superamento di tali fattori. Sottoprogetto 1: Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni	NO		NO		positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.2	Stigma pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carica da parte dei dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategie di superamento di tali fattori.	NO		NO		positivo	SI



										Sottoprogetto 2: FORMARSI INSIEME. Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.3	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto A: prevenzione sociale dei DCA in Puglia	NO	NO	NO	positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.4	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto B: prevenzione secondaria dei DCA in Puglia	NO	NO	NO	positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.8	Malattie neurologiche	NESSUN PROGETTO						
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.9	Cecità e ipovisione	NESSUN PROGETTO						
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.10	Ipoacusia e sordità	3.10.1	Screening uditivo neonatale nella regione Puglia	NO	NO	NO	negativo	SI
4	Prevenzione delle complicanze e ricadute di malattia	4.1	Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	NESSUN PROGETTO						
4	Prevenzione delle complicanze e ricadute di malattia	4.2	Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	4.2.1	Passi d'Argento in Puglia	NO	NO	NO	positivo	SI
TOTALE PROGETTI DA VALUTARE		38								
N. PROGETTI NEGATIVI		8								
% PROGETTI NEGATIVI		21								



19) **Superamento OPG e Salute Mentale**1. **Superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Salute Mentale****GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 19
TITOLO DEL PROGETTO	SUPERAMENTO OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI e Salute Mentale
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.135.462,00
--------------------------------	-----------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel corso degli ultimi anni, in Italia, il trattamento del malato di mente autore di reato ha subito profonde modifiche a seguito di una serie successiva di interventi giurisprudenziali e legislativi che hanno finito col trasformarlo radicalmente. Punto di partenza è la nota Sentenza 18/07/03 n. 253 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 222 del c.p. (Ricovero in OPG) nella parte in cui non consente al giudice di adottare una misura di sicurezza diversa da quella del ricovero in OPG. Fra gli elementi qualificanti della sentenza il principio che ogni misura di sicurezza deve essere a un tempo idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente ed a far fronte alla sua pericolosità sociale.</p> <p>Cura e tutela dell'infermo, da un lato, contenimento della sua pericolosità, dall'altro. Due aspetti che devono restare collegati e non scindibili. A questa sentenza è seguito il successivo pronunciamento della Corte Costituzionale (17-29.11.04, n.367) che ha esteso analogo principio anche alle misure di sicurezza provvisorie.</p> <p>Sono poi seguiti una serie di provvedimenti legislativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la legge 244/07, che ha sancito il definitivo trasferimento dell'intera sanità penitenziaria al SSN; - il DPCM del 1 Aprile 2008, che ha indicato modalità e termini di tale trasferimento. Detto DPCM, inoltre, contiene in allegato le linee guida per l'intervento sanitario nelle carceri ed il progetto finalizzato al superamento dell'OPG; - l'Accordo C.U. del 13.10.11 ("Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari") che ha previsto che in ogni Regione doveva essere attivata una specifica Sezione entro il 30.6.12, in almeno uno degli Istituti penitenziari, così da garantire l'osservazione per l'accertamento delle infermità psichiche sopravvenute ed il trattamento alle persone condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente; <p>Il definitivo superamento degli OPG è stato sancito dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3-ter e s.m.i., che ha sancito il definitivo passaggio a differenti modelli trattamentali del reo socialmente pericoloso.</p> <p>Tutte le Regione italiane si sono dunque attivate per progettare e realizzare in tempi brevi strutture apposite nelle quali accogliere le persone ritenute socialmente pericolose. Allo stesso tempo è divenuto compito regionale programmare il reinserimento sociale di prosciolti e semi infermi di mente provenienti da OPG e CCC in chiusura, la cui assistenza sanitaria è affidata alle Aziende Sanitarie Locali e primis, ai Dipartimenti di Salute Mentale.</p>
----------	---



DESCRIZIONE	<p>Il progetto propone il potenziamento degli interventi che favoriscano la dimissibilità dei soggetti internati negli OPG attraverso l'azione dei DD.SS.MM. che, in virtù del principio della competenza del dipartimento di salute mentale presso il cui territorio il soggetto aveva residenza o dimora abituale al momento della applicazione della misura, devono attivarsi per la presa in carico degli stessi, coinvolgendo i CSM territorialmente competenti, al fine di predisporre appropriati protocolli di interventi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>Per la valutazione dei pazienti dimissibili, ai fini della prosecuzione del processo di dimissione, ogni CSM dovrà continuare ad occuparsi della valutazione e della presa in carico, utilizzando gli strumenti sottoindicati, prodotti dal Nucleo Tecnico Regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -scheda di monitoraggio per pazienti internati in OPG aggiornata dal Sottogruppo Tecnico Regionale; -scheda di monitoraggio per pazienti dimessi dall'OPG aggiornata dal Sottogruppo Tecnico Regionale; -tabella di valutazione dei fattori di rischio di comportamento violento; <p>raccogliendo tutte le informazioni necessarie dagli interlocutori competenti (OPG, UEPE di Messina), nonché richiedendo agli OPG l'invio delle cartelle cliniche psichiatriche dei pazienti, laddove gli stessi DSM ne rinvengano l'opportunità, ed attraverso visite dirette dei pazienti mediante sopralluoghi.</p> <p>Nei confronti dei pazienti già sottoposti a valutazione, dovrà essere effettuata una rivalutazione aggiornata ai fini della presa in carico, con le valutazioni sottoscritte dai Responsabili dei CSM.</p> <p>Pertanto in attuazione delle linee guida fornite da questo Assessorato, i DD.SS.MM. dovranno provvedere ad istituire apposite Commissioni di Valutazione, costituite da una componente fissa, di cui fa parte il Direttore del DSM o un suo delegato, ed una componente mobile, di cui fa sempre parte il CSM di competenza per residenza dell'utente, al fine di proseguire, con tempestività, nel processo di valutazione e presa in carico dei pazienti pugliesi internati in OPG, per procedere al loro reinserimento sociale.</p>
INDICATORI	Numero di dimissioni di pazienti pugliesi dagli OPG effettuate in ogni anno.
OBIETTIVI	<p>Attuazione delle tappe del percorso di segnalazione-presenza in carico-dimissione del paziente, così come concordate tra i vari soggetti interessati, per tutti gli internati di competenza dei DSM regionali, da eseguirsi nel seguente modo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Compilazione ed aggiornamento della Scheda di monitoraggio, elaborata dalla Regione Puglia, a cura dell'equipe dell'OPG; 2)Compilazione della Scheda di valutazione del rischio di comportamento violento e formulazione del parere sulla dimissibilità a cura dell'equipe dell'OPG; 3)Valutazione diretta del caso, con contestuale acquisizione della cartella clinica, da parte della Commissione del DSM competente alla formulazione del parere di dimissibilità ed ipotesi di PTR elaborato da questa; 4)Acquisizione della relazione sociale del territorio di residenza dell'internato redatta dal UEPE competente; 5)Discussione con l'équipe dell'OPG sul parere di dimissibilità e sul PTR da sottoporre al Magistrato competente; 6)Presa d'atto del provvedimento del Magistrato competente; 7)Presa in carico del paziente da parte del CSM territorialmente competente ed elaborazione di un Piano Operativo di trasferimento, sulla base del PTR proposto, che preveda tempi, modi della dimissione e luogo in cui trasferire il paziente (inserimento in una struttura residenziale specifica ex art. 3-ter L. 9/2012, rientro in famiglia con predisposizione di interventi territoriali ovvero inserimento in struttura residenziale allocata nel territorio di residenza); 8)Trasferimento del paziente nel territorio di residenza; 9)Revisione periodica del PTR a cura del CSM territorialmente competente.



	<p>Per i pazienti sottoposti a misura di sicurezza, la revisione avviene di concerto con l'UEPE ed è finalizzata anche alle rendicontazioni periodiche al Magistrato competente.</p> <p>Obiettivi Qualitativi Gli interventi di presa in carico avverranno con visite dirette in favore dei pazienti, da eseguirsi mediante sopralluoghi, in modo da valutare con maggiore precisione il quadro clinico relativamente a ciascun paziente.</p> <p>Obiettivo Quantitativi La dimissione di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Attività progettuale pluriennale .
RISULTATI ATTESI	Favorire la dimissibilità dei soggetti internati negli OPG attraverso l'azione dei DD.SS.MM. che, in virtù del principio della competenza del dipartimento di salute mentale presso il cui territorio il soggetto ha residenza o dimora abituale, devono attivarsi per la presa in carico degli stessi, coinvolgendo i CSM territorialmente competenti, al fine di predisporre appropriati protocolli di interventi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale.

20) Sicurezza nei luoghi di lavoro

1. Prevenzione e Promozione della Salute negli ambienti di lavoro

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 20
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione e Promozione della Salute negli ambienti di lavoro
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.533.865,00
--------------------------------	-----------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Regione Puglia, tenuti presenti i principi costituzionali e i propri indirizzi statutari, favorisce la crescita della personalità e tutela della dignità del lavoratore, e, in coerenza con le normative comunitarie e statali, promuove ed adotta idonei strumenti di politica del lavoro per la <i>realizzazione di un sistema integrato di sicurezza, tutela e miglioramento della vita lavorativa, volto a prevenire e a contrastare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e a ricercare il benessere nei luoghi di lavoro.</i> 2. La Regione Puglia sostiene la cultura della salute e della sicurezza sul lavoro quale parte integrante della qualità dell'azione delle proprie politiche di tutela del lavoro e <i>favorisce iniziative e progetti in collaborazione con gli enti locali, le parti economiche e sociali e gli altri soggetti pubblici e privati competenti in materia.</i> 3. La Regione Puglia assume quale principio fondamentale della propria azione
----------	--



	<p>istituzionale di prevenzione dei rischi e di promozione del benessere sui luoghi di lavoro la <i>partecipazione attiva dei lavoratori alla tutela della loro salute e sicurezza con le forme e negli aspetti previsti dall'ordinamento nazionale vigente al fine di sviluppare maggiore consapevolezza e responsabilità sull'argomento.</i></p>
DESCRIZIONE	<p>In Puglia il numero degli infortuni risulta in continua diminuzione dal 2010 ad oggi, passando da 42 mila casi nel 2010 a poco più di 31 mila nel 2013.</p> <p>Il settore più colpito resta quello dell'industria e dei servizi seguito, per le malattie professionali e dal settore agricolo.</p> <p>La necessità di organizzare una campagna straordinaria di formazione è già richiamata dal Testo Unico sulla Sicurezza dei luoghi di lavoro (D. Lgs.81/2008).</p> <p>Infatti il nostro territorio è caratterizzato dalla presenza di piccole e medie imprese che pongono problemi specifici per la diffusione della cultura della prevenzione e per l'attuazione di misure efficaci a tutela della salute della popolazione lavorativa.</p> <p>Pertanto l'attività di formazione dovrà essere capillare, perché ciascuno di noi ha il dovere di conoscere e di pretendere i propri diritti in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.</p> <p>I corsi di formazione avranno destinatari, durata ed obiettivi specifici.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Lavoratori di età compresa tra 18/25 aa con meno di due anni di esperienza: 2830 persone) b) Lavoratori compresi tra i 50 e i 60 anni: 1020 persone c) Lavoratori stagionali del settore agricolo: 5640 persone d) Datori di lavoro delle piccole e medie imprese o piccoli imprenditori: 6790 persone e) Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza: 1020 persone f) Lavoratori stranieri: 3360 persone g) Presidi, insegnanti e studenti delle scuole di ogni ordine e grado: 3360 persone. <p>I corsi prevedono attività in aula sulla normativa in vigore, le figure di responsabilità della salute, elementi di primo soccorso, dispositivi di protezione collettiva ed individuale e analisi dei casi di infortunio.</p>
INDICATORI	Numero di soggetti formati rispetto al numero definito
OBIETTIVI	<p>OBTV</p> <p>Prevenire gli infortuni negli ambienti di lavoro e le patologie da esposizione professionale</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Realizzazione dell'attività di Coordinamento e Realizzazione di corsi di formazione
RISULTATI ATTESI	Prevenire gli infortuni negli ambienti di lavoro e le patologie da esposizione professionale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1511

ARCA CAPITANATA – Localizzazione fondi per interventi di Manutenzione Straordinaria con l'utilizzo delle risorse rivenienti dai proventi di cui alla L.560/93.

L'Assessore alla Pianificazione Territoriale, Arch. Anna Maria CURCURUTO, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Osservatorio Condizione Abitativa Programmi Comunali e IACP, confermata dal Dirigente della Sezione Politiche Abitative, riferisce:

PREMESSO che:

Con nota n. 196/2016 e successive integrative n.17316/16 del 28.06.2016 e n.20149/16 del 27.07.2016 l'ARCA CAPITANATA ha trasmesso alla Sezione Politiche Abitative, tra l'altro il Provvedimento Commissariale n.03/2016 avente come oggetto: " Vertenza ARCA Capitanata/ Comune di Foggia. Sentenza n.449/11 — Determinazioni . Utilizzo risorse rivenienti dalla Legge n.560/93".

Dagli atti trasmessi si rileva quanto segue:

- nell'ambito di un Programma di Riqualificazione Urbana che ha interessato il quartiere "Borgo Croci Sud", il Comune di Foggia ha eseguito i lavori per la realizzazione di locali da adibire a servizi di quartiere ; tali locali sono stati ricavati utilizzando le superfici dei locali degli stabili di proprietà dell'ARCA Capitanata (lotti 429 e 430) poste al piano terra e originariamente adibite a portici;
- nel citato intervento di riqualificazione, il Comune ha provveduto ad effettuare anche la pavimentazione del piazzale esterno sovrastante le autorimesse di proprietà dell'ARCA Capitanata.
- A seguito dell'esecuzione di tali lavori si sono verificati fenomeni di infiltrazione di acqua piovana all'interno dei locali interrati di proprietà dell'ARCA Capitanata adibite ad autorimesse;
- tale circostanza, a partire dal 2001, è stata più volte segnalata dall'ARCA al Comune e il mancato riscontro ai ripetuti solleciti ha indotto l'Arca Capitanata ad attivare procedura legale nei confronti del Comune di Foggia, giusto atto di citazione del 10.11.2004 ed a promuovere ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo, giusto atto del 17.11.2005.
- In data 18.07.2006 il Tribunale di Foggia ha nominato il C.T.U. , il quale ha depositato la relazione peritale e ha accertato che le cause delle lamentate infiltrazioni sono da attribuire alla cattiva esecuzione dei lavori da parte della ditta incaricata dal Comune di Foggia;
- i danni accertati riguardano i soffitti e le pareti con la necessità di rifacimento di intonaco e rifacimento integrale delle dipinture, eliminazione degli inconvenienti riscontrati che dovranno tendere ad evitare l'accumulo dell'acqua piovana di infiltrazione sulla guaina con l'utilizzo di mattonelle impermeabili e perfettamente sigillate in modo da permettere all'acqua che comunque dovesse raccogliersi su di essa, di allontanarsi secondo le pendenze previste, senza accumularsi e stazionare sotto il pavimento.
- Con Sentenza n. 449/11 il Tribunale di Foggia ha di fatto riconosciuto il Comune di Foggia responsabile dei lamentati danni, ordinando allo stesso Comune di provvedere immediatamente a propria cura e spese ad effettuare nelle autorimesse dei lotti n. 429 e n. 430 di proprietà dell'ARCA Capitanata, tutte le necessarie lavorazioni per l'eliminazione delle infiltrazioni e di ogni altro difetto e vizio.
- Stante l'inadempienza del Comune di Foggia, il Tribunale di Foggia con Ordinanza n.717/12 R.G. del 30.09.2014 in riferimento ai lavori di perizia indicati nel citato elaborato peritale del 18.07.2006, ha disposto che tali lavori siano effettuati con anticipo spese da parte dell'ARCA Capitanata, ritenendo congruo l'importo quantificato in **€ 1.097.226,88**.
- Le spese saranno anticipate dall'ARCA sulla base degli stati d'avanzamento lavori emessi dal Direttore dei lavori.
- L'ARCA presenterà la nota delle spese complessive anticipata, vistata dall'ufficiale giudiziario, al G.E. che provvederà alla loro liquidazione mediante decreto ingiuntivo ai sensi dell'art. 614 del C.P.C.
- Per adempiere a quanto disposto dal Tribunale di Foggia, l'ARCA Capitanata ritiene di utilizzare le quote derivanti dai proventi delle vendite degli alloggi di cui alla L.560/93;

- tali proventi risultano versati negli anni 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 sul cc/1936 del Rendiconto di Cassa della Ragioneria dell'ARCA, così come si rileva dall'allegato "A" del sopraccitato provvedimento commissariale n.03/2016, per un importo totale pari a € 6.357.232,61 (100%).

Considerato che:

- la Legge n.560/93, all'art. Unico, comma 13, stabilisce tra l'altro, che i proventi delle alienazioni alloggi rimangono nella disponibilità degli Enti;
- lo stesso art. unico, al comma 14 stabilisce che la Regione su proposta dell'ARCA determina annualmente la quota dei proventi, per un importo non inferiore all'80% del ricavato, da destinare a reinvestimento in edifici ed aree edificabili per la riqualificazione e l'incremento del patrimonio abitativo pubblico mediante nuove costruzioni, recupero e manutenzione straordinaria di quelle esistenti e programmi integrati nonché ad opere di urbanizzazione socialmente rilevanti; la parte residua è destinata al ripiano dei deficit finanziari delle ARCA;
- con la su citata nota integrativa n. 17316/16 di precisazioni, l'ARCA Capitanata propone la localizzazione della somma di **€ 1.097.226,88** necessaria al recupero dei lotti n.429 e n.430 ubicati nel Comune di Foggia, ai fini di ottemperare a disposizioni esecutive di Ordinanza n. 718/12 R.G del 30.09.2014 del Tribunale di Foggia (Ufficio Esecuzione Mobiliare) con una quota parte dell'importo di **€ 5.085.786,09**, pari all'80% delle risorse complessive ammontanti a € 6.357.232,61, rivenienti dai proventi versati negli anni 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 di cui alla Legge n. 560/93, inoltre l'ARCA Capitanata, si riserva con successivo atto, di programmare le risorse finanziarie non ancora utilizzate.

Si ritiene

di poter condividere la proposta dell'ARCA Capitanata e proporre alla Giunta la localizzazione dell'importo di **€ 1.097.226,88** per la finalità indicata in premessa, utilizzando una quota parte della disponibilità dell'importo di **€ 5.085.786,09**, pari all'80% delle risorse complessive ammontanti a € 6.357.232,61, rivenienti dai proventi versati negli anni 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 di cui alla Legge n. 560/93.

Copertura Finanziaria

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

VISTA la L.R. n.7 del 4/02/97 art.4 comma 4, lett. a, l'Assessore sulla base delle risultanze istruttorie innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Pianificazione Territoriale, Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche Ecologia e Paesaggio Arch. Anna Maria CURCURUTO;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore, dal Dirigente ad Interim del Servizio "Osservatorio Condizione Abitativa Programmi Comunali e IACP " e dal Dirigente della Sezione "Politiche Abitative ", riferisce:

a voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- **di fare propria ed approvare** la relazione e la proposta dell'Assessore alla Pianificazione Territoriale riportate in premessa;

- **di prendere atto** dell'Ordinanza n. 718/12 R.G del 30.09.2014 con la quale il Tribunale di Foggia ha disposto che l'ARCA Capitanata effettui i lavori nei locali adibiti ad autorimesse degli stabili ubicati ai lotti n.429 e n.430 in Foggia, con anticipo spese;
- **di prendere atto** che l'ARCA Capitanata ha determinato la quota dei proventi delle vendite effettuate negli anni 2009, 2010, 2011,2012 2013 e 2014 in € 6.357.232,61, di cui l'80% pari a **€ 5.085.786,09** da destinare al reinvestimento;
- **di autorizzare** l'utilizzo della somma di **€ 1.097.226,88**, (quota parte della disponibilità dell'importo di **€ 5.085.786,09**), per il recupero dei lotti n.429 e n.430 ubicati nel Comune di Foggia, a seguito di disposizioni esecutive di Ordinanza n. 718/12 R.G del 30.09.2014 del Tribunale di Foggia (Ufficio Esecuzione Mobiliare); tale somma sarà poi recuperata a seguito di definizione del contenzioso con il Comune di Foggia;
- **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURP.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1512

Comune di Bisceglie (BA) – Legge Regionale n. 20/05 -art.13- Delibera di G.R. n. 870/06 - Proroga termini del Programma Integrato di Riqualificazione delle Periferie (PIRP) e dell'emissione dei decreti di esproprio delle aree comprese nel PIRP del Quartiere Levante.

L'Assessore alla Pianificazione Territoriale, Arch. Anna Maria Curcuruto, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Osservatorio Regionale della Condizione Abitativa Programmi Comunali e IACP, di seguito esplicitata, confermata e fatta propria dal Dirigente della Sezione Politiche Abitative riferisce:

Premesso che:

con Delibera di G. R. n. 870 del 19/06/2006, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 81 del 29/06/2006, è stato approvato il bando di gara dei Programmi Integrati di Riqualificazione delle Periferie — "PIRP" per il finanziamento di interventi di realizzazione/riqualificazione delle infrastrutture e dell'edilizia residenziale pubblica e privata;

la Giunta Regionale con delibera n°641/2009 ha approvato la graduatoria definitiva delle proposte P.I.R.P. presentate dai Comuni ritenute ammissibili ai finanziamenti da apposita commissione di valutazione nella quale è presente anche il Comune di Bisceglie;

con DGR n.1179 del 13.07.2009 ai fini della realizzazione dei Programmi PIRP è stato approvato lo Schema di Accordo ex art. 34 del D.Lgs. n.267/2000;

L'Accordo di Programma tra la Regione Puglia e il Comune di Bisceglie per la realizzazione del PIRP è stato sottoscritto in data 29.01.2010, ai sensi dell'art. 34 del D.lgs n. 267/2000, ratificato dal Consiglio Comunale di Bisceglie con Deliberazione n.03 del 12.002.2010, approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.557 del 17.05.2010 e pubblicato sul B.U.R.P. n.94 del 27.05.2010 dando quindi valore di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza alle opere previste, producendo gli effetti dell'intesa di cui all'art. 81 del D.P.R. n. 616/77.

Nell'Accordo di Programma sono state previste le seguenti opere:

FONDI REGIONALI

1) RESIDENZE

Interventi pubblici (da realizzarsi a cura dello IACP A valere sul finanziamento regionale)	€ 2.400.000,00
a) Edilizia sovvenzionata via Terlizzi (20 alloggi)	€ 2.400.000,00

2) URBANIZZAZIONI

Interventi pubblici (da realizzarsi a cura del Comune A valere sul finanziamento P.O. FESR Linea di intervento 7.1 Azione 7.1.2)	€ 1.600.000,00
a) Rotatoria via Vittorio Veneto-via L.Cadoma	€ 86.000,00
b) Riduzione barriere architettoniche via Terlizzi, via San Martino, via A.Caprioli, largo Gino Bartoli	€ 48.000,00
c) Scuola materna via L.Cadoma	€ 1.300.000,00
d) Verde pubblico Largo Fausto Coppi	€ 96.000,00
e) Campo polivalente Largo Gino Bartoli	€ 70.000,00

Totale Fondi Regionali (1+2) €4. 000.000,00

FONDI PUBBLICI (Regionali, Comunali e di altri Enti)

3) Interventi pubblici	€ 9.445.733,00
a) Aree a parcheggio via L.Cadoma - via Giuliani	€ 115.651,94
b) Viabilità interna interventi edilizia convenzionata 1 e 2	€ 54.044,77
c) Piste ciclabili vie V. Veneto-San Martino-Giuliani-Seminario-Calace-Veneziano-Cosmai	€ 486.000,00
d) Realizzazione asfalti fonoassorbenti Via V. Veneto - via San Martino	€ 619.000,00
e) Adeguamento recapito finale fognatura pluviale vie SanMartino-Giuliani-Fragata	€ 5.000.000,00
f) Asilo nido via Terlizzi	€ 684.000,00
g) Scuola materna via martiri di Via Fani	€ 1.900.000,00
h) Manutenzione straordinaria Scuola media G. Monterisi	€ 200.000,00
i) Verde pubblico interventi edilizia convenzionata 1 e 2	€ 126.653,29
h) Impianti sportivi Scuola media G. Monterisi	€ 260.383,00

FONDI DEI SOGGETTI PRIVATI

4) Interventi pubblici (da realizzarsi con fondi dei soggetti privati)	€ 9.680.520,89
a) Aree a parcheggio via L. Cadoma - via Giuliani	€ 2.209.372,94
b) Viabilità interna interventi edilizia convenzionata 1 e 2	€ 83.786,93
c) Ludoteca e centro diurno disabili via Martiri di via Fani	€ 477.660,00
d) Scuola materna via Martiri di via Fani	€ 516.335,00
e) Centro servizi via Giuliani (STU)	€ 2.649.613,00
f) Centro aperto per anziani via Giuliani	€ 179.500,00
g) Parco pubblico via Martiri di Via Fani	€ 793.200,60
h) Verde pubblico interventi edilizia convenzionata 1 e 2	€ 126.426,71
i) Edilizia commerciale e direzionale via L. Cadoma (intervento 1)	€ 1.090.050,71
l) Edilizia commerciale e direzionale via Giuliani (intervento 2)	€ 648.710,00
m) Edilizia commerciale e direzionale via Giuliani (STU)	€ 905.865,00
5) Interventi privati (da realizzarsi con fondi dei soggetti privati)	€ 26.925.384,17
a) Edilizia convenzionata intervento 1	€ 15.838.495,96
b) Edilizia convenzionata intervento 2	€ 2.726.929,71
c) Edilizia convenzionata intervento 2 (cooperative edilizia)	€ 8.359.958,50

Totale Fondi Privati (4+5) € 36.605.905,06

TOTALE COMPLESSIVO PIRP (1+2+3+4+5) € 50.051.638

Considerato che:

il Comune di Bisceglie con nota n.14843 del 28.04.2015 ha comunicato di aver sottoscritto le convenzioni con i soggetti privati attuatori del PIRP in data 10.08.2010 e, al fine di dare seguito alle procedure necessarie all'acquisizione delle aree di proprietà privata sulle quali ricadono le opere inserite nel Programma, ha comunicato agli interessati l'avvio del procedimento espropriativo quantificando l'indennità provvisoria di espropriazione relativamente alle aree di intervento del programma in € 3.482.410,84 e ripartendola tra i soggetti attuatori per il versamento nelle casse comunali;

essendo trascorsi diversi anni dalla data di sottoscrizione dell'Accordo di Programma, per la realizzazione degli interventi privati di cui al punto 5 dell'Accordo di Programma, sono intervenute oggettive difficoltà da parte delle imprese per la collocazione sul mercato gli alloggi di edilizia convenzionata e da parte delle cooperative per la permanenza a sussistere e reperire nuovi soci a causa della stretta sul credito edilizio e della grave crisi del mercato immobiliare.

Il Comune, avendo incamerato a tutt'oggi risorse per oneri di urbanizzazione per soli € 874.240,63, ha comunicato l'impossibilità di rispettare, ai sensi dell'art. 13 comma 4 del DPR n.327/2001, il termine di cinque anni fissato al 26.05.2015 per l'emissione dei decreti di esproprio relativi all'acquisizione delle aree comprese nel PIRP e destinate alla realizzazione dei fabbricati di edilizia convenzionata;

poiché il successivo comma 5 del DPR n.327/2001 prevede la possibilità di ottenere una proroga da parte dell'autorità che ha dichiarato la pubblica utilità dell'opera, il Comune di Bisceglie ha chiesto a questo Servizio una proroga di anni 2 dal termine del 26.05.2015 per l'emissione dei decreti di esproprio relativi all'acquisizione degli immobili compresi nel PIRP del quartiere di Levante.

Con nota n. 36367 del 07.10.2015 il Comune di Bisceglie ha comunicato che il PIRP, per le stesse motivazioni illustrate nella richiesta di proroga del termine per l'emissione dei decreti di esproprio, non potrà essere ultimato nel termine di anni cinque a decorrere dal 26.05.2010 data di pubblicazione sul BURP del decreto di approvazione dell'Accordo di Programma con scadenza il 26.05.2015, pertanto con la stessa nota ha chiesto una proroga di cinque anni del termine ultimo di attuazione del PIRP, con scadenza inderogabile il 26.05.2020.

Questo Servizio, in considerazione della scadenza già intervenuta del PIRP, ai fini dell'eventuale rinnovo o proroga da concedere in analogia con quanto previsto con l'art. 30, comma 3 bis della Legge n.98/13, recante "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia", ha chiesto con svariate note ai Comuni che non hanno ancora ultimato il PIRP, di esprimere la volontà di rinnovare l'Accordo di Programma dopo aver verificato la permanenza dell'interesse da parte dei soggetti coinvolti.

Tenuto conto che non tutti i Comuni hanno fatto pervenire notizie circa la volontà di rinnovare l'Accordo di Programma o hanno dichiarato che è venuto meno l'interesse dei privati per la realizzazione delle opere a loro carico, l'Assessorato ritiene di prendere in considerazione le singole richieste formulate dai Comuni;

vista la volontà espressa dal Comune di Bisceglie, propone alla Giunta una proroga di cinque anni dal termine del 26.05.2015 per attuazione del PIRP e una proroga di anni due dal termine del 26.05.2015 per l'emissione dei decreti di esproprio relativi all'acquisizione degli immobili compresi nel PIRP del quartiere di Levante.

COPERTURA FINANZIARIA

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

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

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

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell' Assessore alla Pianificazione Territoriale, Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche e Paesaggio Arch. Anna Maria Curcuruto Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore e dal Dirigente della Sezione Politiche Abitative;

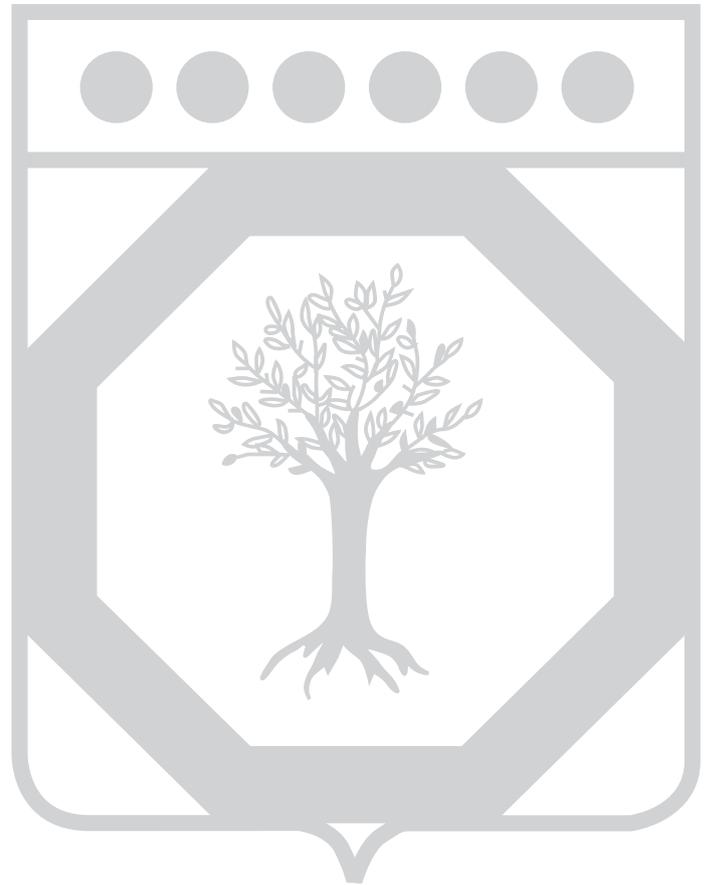
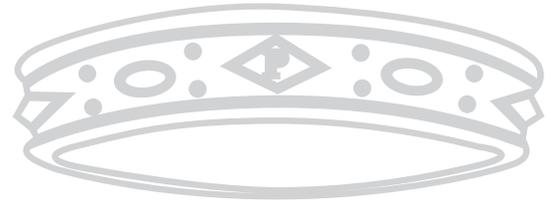
- a voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- **di fare propria** e approvare la relazione e la proposta dell' Assessore alla Pianificazione Territoriale riportata in premessa;
- **di accogliere** la richiesta del Comune di Bisceglie di prorogare di cinque anni il termine del 26.05.2015 di attuazione del PIRP;
- **di assegnare** quale termine ultimo, non più prorogabile, la data del 26.05.2020 per la completa attuazione del PIRP;
- **di accogliere** la richiesta del Comune di Bisceglie di prorogare di due anni il termine del 26.05.2015 per l'emissione dei decreti di esproprio relativi all'acquisizione delle aree comprese nel PIRP del quartiere di Levante ai sensi del comma 5 dell'art. 13 del DPR 327/01;
- **di assegnare** quale termine ultimo, non più prorogabile la data del 26.05.2017 per pervenire alla emissione dei decreti di esproprio ai sensi del comma 5 dell'art. 13 del DPR 327/01;
- **di disporre** l'integrale pubblicazione del presente provvedimento sul B. U. R. P.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano



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.ssa Antonia Agata Lerario**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974
GrafSystem s.n.c. - 70026 Modugno (Ba)